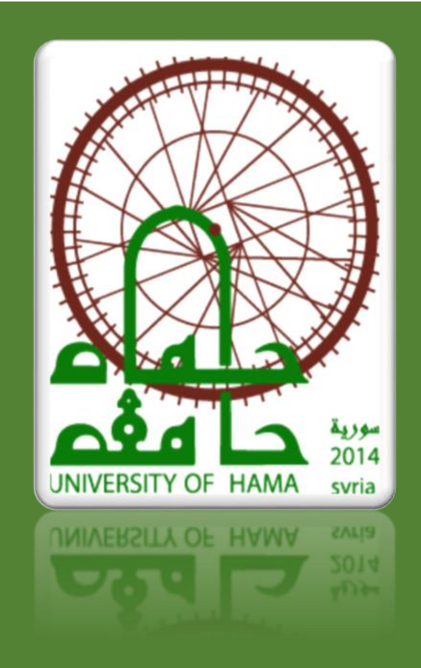


الجمهورية العربية السورية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة حماة
كلية الطب البشري

الصحة الجنسية والطب التناسلي في الممارسة السريرية

Sexual Health and Genital Medicine in Clinical Practice

بحث علمي أعد لنيل إجازة دكتور في الطب البشري M.D

إعداد الطالبات:

بيان نصر الحمصي　　تسنيم هشام الراعي　　تيما محمد هلال

إشراف الدكتور:

جهاد اللجمي

الإشراف الأكاديمي:

نائب العميد للشؤون الإدارية	نائب العميد للشؤون العلمية	عميد كلية الطب البشري
د.محمد صفا زودة	أ.د.حيان العلواني	أ.د.محمد أيمن الصباغ

العام الدراسي 2020 - 2021

{ المقدمة }

الحمدلله الذي لاشريك له، الفرد الذي لانظير له، والصــلاة والســلام على من لا نبي بعده، وبعد:

قد ترجمنا ما ارتأيناه الأهم من مرجع Sexual Health and Genital Medicine in Clinical Practice الصادر عن مؤسسه Springer الألمانيه عام 2015، عساه يغني مكتبتنا الطبيه العربيه ويكون عوناً للجرّاحين على مواكبة الطرائق الحديثة بلغتهم الأمّ، وقد أشرف على عملنا وتقده استاذنا وقدوتنا الدكتور جهاد اللجميّ، ليخرج عملنا هذا وليد جهود جهيده ومتابعه حثيثه.

نســأله ســبحانه وتعالى ان يجعله خالصــاً لوجهه الكريم، وأن يرزقنا العمل بعلمنا فيما يرضيه جل جلاله.

المترجمون

{ الإهداء }

بداية وختاماً، فإن الفضل لله ولله أن منّ علينا بالصحّة والعافية والهمّة التي أنارت لنا طريق العلم.

ثمّ كلّ الاحترام والامتنان لمن تابعنا خطوة بخطوة على مسير العمل وأمدّنا بالإرشاد والتحفيز الدكتور جهاد نور الدين اللّجميّ.

ونشكر عميد كلّيتنا الأستاذ الدكتور أيمن الصباغ ونوّابه على القيام على تعليمنا بما أوتوا من قوّة وعزيمة.

ثم نهدي سنين دراستنا. وعلمنا وكلّ إنجاز في حياتنا إلى أهلنا وذوينا الذين بذلوا الغالي والرخيص في سبيل النهوض بنا إلى المعالي.

والله ولي التوفيق

المترجمون

الفهرس

الفصل الأول

المرضى الذين يجب أن يراجعوا الطب التناسلي أو الصحة الجنسية

مقدمة

هناك تداخل ملحوظ فيما بين الطب البولي التناسلي وطب النساء وطب المسالك البولية وطب الأمراض الجلدية، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صـــعوبات عند اتخاذ قرار بشـــأن من يتوجه للحصـــول على مزيد من المشـــورة أوعلى رأي متخصـص. وينبغي اعتبار مايلي دليلاً إرشـادياً عاماً: إذا راودك الشـك بشـأن الجهة التي ينبغي الرجوع إليها، فاتصـل بعيادة الطب/الصـحة الجنسية المحلية التي تتبعها.

العديد من الاسـتشـاريين في الطب البولي التناسـلي لديهم اهتمامات محددة ضـمن مجالهم والخدمات المتاحة من العيادات الخاصـة قد تختلف وفقاً لذلك. حيث يوفر عدد كبيرمن هذه العيادات الخبرة في أمراض الفرج وأمراض الجلد التناسلية والطب النفسـي الجنسـي وتنظير المهبل وتقييم الاعتداء الجنسـي وتدبيره. لذلك يُوصـى بشـدة بالتعرف على القسـم المحلي للطب أوالصـحة الجنسية في الطب البولي التناسلي و عادةً ما يكون أطباء الطب البولي التناسلي السريريون ودودين للغاية ويسعدون بحضور الممارسين العامين (GPs) والممرضين الممارسين الجلسات السريرية ومعرفة المزيد عن التخصص.

خذ بعين الاعتبار الإحالة العاجلة:

- في الرجال الذين يعانون من:
  - إفرازات إحليلية او عسرالتبول .
  - التهاب البربخ الحاد.

- في الرجال والنساء الذين يعانون من:
  - الهربس التناسلي البدئي.
  - القرحات التناسلية التي لم يسبق تأكيد تشخيصها.

ويوصى بشدة للإحالة

- في الرجال والنساء الذين يعانون من:
  - القلق (من قبل المريض أوالطبيب) بشأن العدوى المنقولة جنسياً
  - القلق بشأن العدوى بفيروس العوزالمناعي البشري(HIV)
  - أي من حالات لعدوى التالية(المثبتة أو المشتبه بها):
    - عدوى الكلاميديا
    - التهاب الاحليل بغيرالكلاميديا وغيرالمكورات (أي التهاب الإحليل غيرالمحدد–NSU)
    - السيلانGonorrhea
    - الثآليل التناسلية
    - داء المشعراتTrichomoniasis
    - داءالزهري(الإفرنجي) Syphilis

  - الشركاء الجنسيون للمرضى الذين يعانون من:
    - عدوى الكلاميديا
    - التهاب الاحليل بغيرالكلاميديا وغيرالمكورات (أي التهاب الإحليل غيرالمحدد–NSU)
    - السيلانGonorrhea
    - الثآليل التناسلية
    - داء المشعراتTrichomoniasis
    - أمصال الزهري الإيجابية

يوصى أيضاً للإحالة

- في النساءالذين يعانون من:
  - إفرازات مهبلية مستمرة /متكررة
  - الحرقة/الألم/التهيج الفرجي المستمر/المتكرر
  - الألم الحوضي المزمن
  - عسر التبول المتكررمع زرع البول العقيم.
  - الشابات المصابات بنزف مابعد الجماع(ربما حتى قبل الإحالة إلى قسم أمراض النساء)
  - الجماع الجنسي المؤلم (السطحي أوالعميق).

- في الرجال الذين يعانون من:
  - عدم الراحة في الخصية / داخل الصفن
  - أعراض تشيرإلى التهاب البروستات/متلازمة الألم الحوضي المزمن.
  - التهاب القلفة والحشفة
- في الرجال والنساءالذين يعانون من:
  - الثآليل التناسلية
  - العدوى التناسلية بالمليساء السارية
  - عدد من المسببات التناسلية غيرالمؤكدة
  - القمل العاني
  - الطفح التناسلي(التشخيص غيرمؤكد أوغيرمستجيب للعلاج).
  - ايضاً نأخذ بعين الاعتبارالنساء المصابات بِ:
  - داء المبيضات المتكررأوالتهاب المهبل البكتيري المتكرر.

الفصل الثاني

الفحوصات الروتينية التي يتم إجراؤها في طب الجهاز البولي التناسلي

مقدمة

عادةً مايخضـــع المرضـــى الذين يحضـــرون قســـم الطب البولي التناســـلي لأول مرة وأولئك الذين يعانون من مشــاكل جديدة لمجموعة متنوعة من الاستقصاءات للتحقق من وجود أدلة على العدوى المكتسبة سواء الجنسية أو غيرالجنسية. إن العديد من الممارســين العامين يكونون غير متأكدين من الاختبارات التي يتم إجراؤها بشـكل روتيني،حيث يوجد خطاب قياســي من العيادة ينص على أن"فحص العدوى التناسلية الذي ثبت أنه سلبي" ليس فعالاًبشكل خاص". وينبغي أن تقوم جميع العيادات بتحرّي الأمراض نفسها؛ومع ذلك،قدتختلف الاختبارات المحددة المستخدمة من عيادة إلى أخرى. الاختبارات التي تُجرى بشكل روتيني هي كمايلي:

❖ عند الذكورالمصابون بأعراض(مثل عسرالتبول وإفرازات إحليلية):

- المسحة الإحليلية
- صبغة غرام– الفحص المجهري

• أربعة أشـكال متعددة لكل موقع فحص تحت القوة الميكروسـكوبية العالية(HPF) = التهاب في الإحليل

• مكورات مزدوجة سلبية الغرام متعددة الأشكال = تشخيص محتمل لإلتهاب الإحليل بالمكورات البنية

زرع النيسرية البنية (يوفرتشخيصًا نهائيًا لمرض السيلان).

1) المسحة الإحليلية

تستخدم للكشف عن المتدثرة الحثرية عن طريق اختبارتضخيم الحمض النووي(NAAT) ؛على سبيل المثال تفاعل البلمرة المتسلسل (PCR) أوتفاعل سلسلة الليغيز(LCR).

أيضاً للكشف عن النيسرية البنية من خلال اختبارتضخيم الحمض النووي(NAAT) على سبيل المثال PCR أوLCR. و يتم إجراءهذه الطرق عادة على نفس العينة.

انتقلت العديد من العيادات الآن من استخدام المسحة الإحليلية إلى استخدام اختبار فحص البول للكشف عن الكلاميديا ،والتي من المحتمل أن تصبح الطريقة المفضلة (بالتأكيد من قبل المرضى) لتشخيص العدوى الإحليلية لدى الرجال.

تعتمد العديد من العيادات أيضًا علىNAAT لتشخيص عدوى المكورات البنية (إماعن طريق المسحة الإحليلة أوعينة من البول) ويتم الزرع فقط إذا اعتُبرالسيلان تشخيصًا محتملاً. من المهم أن نتذكرأن المريض الذي تم تشخيصه بمرض السيلان بواسطةNAAT سيتطلب مسحة إضافية لزرع النيسرية البنية،حيث سيوفرذلك اختباراً لحساسية المضادات الحيوية.

2) *Two Glass Urine Test*

لايزال يجرى هذا الاختبار في بعض عيادات الطب البولي التناسلي،على الرغم من أنه الآن يعتبر اختبار مختلف عليه لتشخيص التهاب الإحليل. حيث يساعدعلى التمييز بين التهاب الإحليل النقي (عادةالمكتسب جنسياً) والتهاب الإحليل المرتبط مع التهاب المثانة (التهاب المثانة البولي،وليس المكتسب جنسيا).

الكوب الأول = الجزء الأول من البول (50 مل)، الكوب الثاني= الجزء الثاني من البول (50 مل)

يتم تمرير أي بول متبقي في المثانة إلى المبولة.

تفسير نتائج فحص البول:

1) **الكوب الأول:** مظهرصافي غيرعكر ، الكوب الثاني: مظهرصافي غيرعكر

=> طبيعي

2) **الكوب الأول:** وجودالقيح (ينظرإليه على أنه خيوط ،رقائق ،مظهرعكرخفيف)، الكوب الثاني: مظهرصافي غيرعكر

=> التهاب الإحليل الأمامي (مثل الكلاميديا ، السيلان ،التهاب الإحليل غيرالنوعي (أي التهاب الإحليل غيرالكلاميدي، غيرالسيلاني)

3) **الكوب الأول:** وجود القيح، **الكوب الثاني:** وجود القيح

=> التهاب الإحليل الخلفي أوالتهاب المثانة (على سبيل المثال الإشريكية القولونية ،الخ.)

أرسـل أول زجاجة بول أوعينة منتصـف البول (MSU) للزرع. يمكن أيضًـا فحص البول عن طريق شـرائط الغمس (dipstix)،قد يُظهرهذا وجود خلايا الدم البيضـاء في حالات التهاب الإحليل وWBC والبروتين والنترات وربما الدم في حالات التهاب المثانة.

البيلة الفوسفاتيةPhosphaturia هي السبب الأكثر شيوعاً للبول ذوالمظهرالعكر

تؤدي إضـافة حمض الأسـيتيك إلى جعل مظهر عينة البول صـافياً عند وجود زيادة بفوسـفات البول ، بينما يبقى المظهر العكر اذا كان السبب هو البيلة القيحية.

❖ الذكور غير المصابين بأعراض

نظرًا لأن الأهمية السريرية لالتهاب الإحليل غير المصحوب بأعراض غيرمؤكدة حاليًا، فإن معظم عيادات المملكة المتحدة لم تعد تبحث عن التهاب الإحليل لدى الرجال الذين لا تظهر عليهم أعراض. عادة مايتم إجراء اختبار NAAT للبحث عن عدوى الكلاميديا والمكورات البنية.

ومع ذلك ،هناك نقاش مستمرفي المملكة المتحدة وقد يتم إعادة تقديم المسحة الإحليلة والفحص المجهري عندما يكون لدينا المزيد من المعلومات السـريرية القائمةعلى الأدلة. بالتأكيد ، من الممكن الا تظهرحالات التهابات الإحليل التناسـلي للمفطورة التناسـلية لأن اختبارات الزرع واختبارات تضـخيم الحمض النووي غيرمتوفرة حاليًا بشـكل روتيني لتشـخيص هذه العدوى.

❖ الفحوصات الروتينية التي تجرى على الإناث غير المصابات بأعراض

المسحة المهبلية التي يتم الحصول عليها ذاتياً اومسحة عنق الرحم/ المهبل لاختبارالكلاميدياوالسيلان بطريقةNAAT و التي يتم الحصـول عليها من قبل الممارس العام هي العينة الوحيدة المطلوبة في النسـاءغيرالمصـحوبات بأعراض . ويعتبر فحص عينة البول أقل حساسية لتشخيص هذه العدوى. على الرغم من أن كلاً من الكلاميديا والسيلان يصيبان عنق الرحم والإحليل وليس المهبل عند الإناث البالغات ،فإن تلوث المهبل من هذه المواقع الأخرى والحسـاسـية الشـديدة لـــــNAATS تعني أن المسحة المهبلية يمكن استخدامها للتشخيص.

ولا يُوصـــى حالياً بإجراء فحص مجهري لعينات المهبل وعنق الرحم والإحليل لدى الإناث اللاتي لا تظهر لديهنّ الأعراض. لايتم علاج داء المهبل البكتيري و"داء المبيضـات " في غياب الأعراض، على الرغم من أن بعض النسـاء يعترفن بالأعراض بمجرد تشخيص هذه الامراض لديهن.

التفاصيل الخاصة بالفحوصات المجراه للإناث اللواتي تظهر عليهن الأعراض ترد في الجدول2-1.

أصبحت اختبارات تضخيم الحمض النووي (NAATS) الاختبارات التشخيصية الأكثر شيوعاً للكلاميديا الحثرية والنيسرية البنية في المملكة المتحدة. وهي عموماً أكثر حساسية من الزرع وأقل تطلباً لعينة ذات جودة عالية ولنقل العينات. تُظهر NAATS حساسية مكافئة في عينات البول والمسحات الإحليلية عند الذكور وفي مسحات المهبل والغدد العنقية عند الإناث. البول ليس عينة مثالية في النساء حيث أن حساسية الاختبار تكون أقل بكثير لديهنّ.

الذكور والإناث

أمصال داء الزهري (الإفرنجي)

يتم أخذ عينة دم بشكل روتيني من أجل الحصول على أمصال الزهري. حيث أن هناك عدد من الاختبارات المصلية المتاحة للتشخيص.

مرض الزهري : من بين الأجسام المضادة الشائعة الاستخدام: Treponema pallidumn antibody و VDRL و TPHA أو TPPA. وقد أثبت التحري من أجل نقل الدم في عيادات الطب البولي التناسلي التابعة لحكومة المملكة المتحدة وعيادات ماقبل الولادة ومراكزالتبرع بالدم نجاح هذه الأجسام المضادة في الإبقاء على انتشارالزهري منخفضاً للغاية في المملكة المتحدة ، رغم أننا شهدنا في السنوات الأخيرة زيادة في انتشارالزهري في بعض المناطق.

الجدول2.1: الفحوصات الروتينية التي يتم إجراؤها عند الإناث اللواتي يعانين من الأعراض (مثل الإفرازات المهبلية والألم)

الإجراء	الفحص	التشخيص
مسحة مهبلية	صبغة غرام: فحص مجهري	–تقييم الفلورا البكتيرية (أغلب أنواع العصيات اللبنية تعتبرأ طبيعية – داء المبيضات – التهاب المهبل الجرثومي
	مسحة رطبة: فحص مجهري	–داء المشعرات –داء المبيضات
	الزرع	–المبيضات –المشعرات المهبلية
مسحة عنق الرحم	صبغة غرام: فحص مجهري	– أكثر من 30 من البكتيريا متعددة الأشكال لكل / HPF ← يقترح ذلك التهاب عنق الرحم – مكورات مزدوجة سالبة الجرام ذات الأشكال المتعددة ← التشخيص الافتراضي لمرض السيلان
	الزرع	النيسيرية البنية
مسحة عنق الرحم	اختبار تضخيم الحمض النووي (NAAT)	–المتدثرة الحثرية –النيسرية البنية
مسحة عنق الرحم الخلوية	(إذا استدعى الأمر)	
مسحة إحليلية*	صبغة غرام: فحص مجهري	– يمكن رؤية الأشكال المتعددة في: عدوى المتدثرة ، السيلان ، داء المشعرات – مكورات مزدوجة سالبة الجرام ذات الأشكال المتعددة ← التشخيص الافتراضي لمرض السيلان
	الزرع	النيسيرية البنية

*"تقوم العديد من العيادات بإجراء الزرع فقط للنيسرية البنية والفحص المجهري لعينات عنق الرحم والإحليل عندما يشيرالتاريخ أوالفحص السريري إلى تشخيص محتمل لمرض السيلان."

فحص التهاب الكبد الوبائي

تقدم العديد من العيادات فحص التهاب الكبد B والتطعيم لمستخدمي المخدرات بالحقن والذكورالمثليين وفحص التهاب الكبد C لمتعاطي المخدرات عن طريق الحقن.

اختبارالأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشري HIV

يتم تقديم هذا الاختبارالآن بشكل روتيني للمرضى الذين يحضرون إلى عيادات الطب البولي التناسلي لإجراء المسح أو لاختباروجود العدوى المنقولة جنسياً ، ولجميع الاناث كجزء من رعاية ماقبل الولادة في إنجلترا وويلز. وتوفربعض العيادات "خدمة اختبار نقطة الرعاية" حيث تتوفرالنتائج "أثناء الانتظار" وتهدف هذه الخدمة إلى تشجيع الأفراد الذين يردعهم احتمال انتظارالنتائج لعدة أيام على الخضوع للاختبار.

الفصل الثالث

أخذ التاريخ الجنسي

مقدمة

إن معظم المرضى الذين يحضرون إلى عيادة الطب البولي التناسلي/الصحة الجنسية سيتوقعون أنه سيتم توجيه أسئلة عن الجنس لهم ، ولكن هذا لا يحصـــل دائماً بأي حال من الأحوال في الرعاية الأولية ، على الرغم من أن المريض يكون قد قدِم مع أعراض في الأعضاء التناسلية. وعادةً مايقوم أخصائيو الطب البولي التناسلي بطرح أسئلة حميمية و ودية إلى حدٍ ما على المرضى بشأن العادات الجنسية وأسلوب الحياة ، وبالتالي يشعرون بالارتياح إزاء الأسئلة والردود. سيحتاج معظم الممارسين العامين (GPs) بشكل نادر إلى أخذ التاريخ الجنسي ودرجة من عدم اليقين بشأن الأسئلة التي يجب طرحها وأفضل طريقة لطرحها.

والغرض من هذا الفصل القصير هو توفير خطوط إرشادية أساسية بشأن كيفية التعامل مع المريض المعرّض الذي يشكو من أعراض في الأعضاء التناسلية أو الذي يشعر بالقلق إزاءَ إصابته بالعدوى من شريكه الجنسي.

وتقدِم المريضـــة غير المتزوجة التي تعاني من خلل ما في المهبل مثالًا مفيدًا على أحد الأســـاليب الممكنة في أخذ التاريخ الجنسي ، الأسئلة المهمة هي:

- منذ متى والإفرازات المهبلية موجودة؟
- هل هناك أي رائحة كريهة لهذه المفرزات ؟ (التهاب المهبل البكتيري)
  - هل هناك أي تهيج أو ألم في الفرج ؟ (داء المبيضات)
  - هل الإفرازات بيضاء (داء المبيضات، التهاب المهبل الجرثومي)
  - أم صفراء(داء المشعرات ، التهاب عنق الرحم)
- هل سبق وأن حدثت أي أحداث مماثلة ؟

إذا كان الأمر كذلك:

- ما هو التشخيص؟

- ما العلاجات التي تم استخدامها؟
- هل عانيت من أي ألم في الحوض؟ (التهاب بطانة الرحم / الداء الحوضي الإلتهابي (PID))
- هل حدث أي نزف بين فترات الدورة الشهرية؟ (التهاب بطانة الرحم)
- متى كانت أخر دورة شهرية لديكِ؟
- هل كان هناك أي إزعاج أو ألم أثناء الجماع الجنسي (حيث يفضل بعض الأطباء مصطلح "عند ممارسة الحب" أو "عند ممارسة الجنس" ؛ استخدم أيهما تعتقد أنه سيكون مناسبا للمريض والذي تشعر بالراحة فيه)
- متى كانت آخر مرة / مارست الجنس / مارست الحب؟
- هل كانت ممارسة الجنس مع شريكك المعتاد؟

1) إذا لم يكن الأمر كذلك:

- هل كان الجنس مع شخص تعرفه جيدًا أو مع شخص غير رسمي إلى حد ما (قادر على الاتصال مرة أخرى)؟
- هل كان شريكا ذكرا أم أنثى؟
- هل هو او هي من هذا البلد؟
- هل قضَوا أي وقت في الخارج ؟
- هل مارست الجنس مع أي شركاء آخرين في الأشهر القليلة الماضية؟

2) إذا كان الأمر كذلك:

- هل كان شريكاً ذكراً أم أنثى؟
- متى آخر مرة كان لديك اتصال جنسي مع شخص غير شريكك الاعتيادي؟ (وقد يكون تأجيل هذا السؤال حتى نهاية الاستشارة أكثر ملاءمة)

_ الاتصال المباشر بالعين عادة ما يكون أفضل بالنسبة للأسئلة الأكثر خصوصية. السؤال الأخير يمكن أن يكون صعبا حيث عادة ما يكون المرضى محرجين من الاعتراف بـ "علاقة خارج إطار الزواج" أو علاقة عارضة غرامية ، لذا عليك أن تحاول أن تحقق عدم المفاجأة وأن تهتم بالرد مهما كان.

_ إذا كان الشريك الذكر: هل ذكر أن لديه أعراض؟

على سبيل المثال ، طفح جلدي في القضيب أو أي إزعاج في التبول؟ ما الذي يستخدمه لمنع الحمل؟ (الاستخدام المتواصل للواقي الذكري يوفر حماية جيدة ضد عدوى المتدثرة والسيلان)

_ هل تتناول حاليا أي دواء؟ (بعض المضـــادات الحيوية قد تهيئ لداء المبيضـــات. قد تظهر الاندفاعات الدوائية الثابتة كمناطق واسعة إلى حد ما من الحمامى أو التقرح على الأعضاء التناسلية الخارجية.)

_ ستـدرك أن عددًا من هذه الأسـئلة يهدف تحديدًا إلى تحديد مخاطر العدوى المنقولة جنسـيًا. قد لا تكون ذات صـلة بالمريضة المصابة بـ "داء المبيضات" المهبلي الواضح سريريًا ولكن يجب أخذها بعين الاعتبار الاعتبار عند النساء اللواتي لديهن على سبيل المثال ، إفرازات مهبلية مزعجة لا تستجيب للعلاج.

_ إذا كان آخر اتصال جنسي لامرأة ما مع امرأة أخرى ، يجدر الاستفسار عن آخر مرة مارستْ فيها اتصالًا جنسيًا مع رجل. من غير المحتمل أن تكون النسـاء المثليات حصـريًا مصـابات بعدوى الكلاميديا أو المكورات البنية ، بينما يبدو أن التهاب المهبل الجرثومي أكثر شيوعًا في المثليات منه لدى النساء اللواتي يقمنَ بالجنس مع الرجال

_ إن خط مماثل للاستجواب السابق مطلوب للرجال الذين يعانون من أعراض تناسلية مثل عسر التبول أو إفرازات إحليلية أو ألم في البربخ أو تقرح الأعضاء التناسلية.

عليك أن تستفسر مباشرة عن:

- آخر مرة تمت ممارسة الجماع .
- إذا كان ذلك مع شريك "اعتيادي" أو "بشكل عابر"
- إذا كان ذلك مع شريك ذكر أو أنثى
- إذا كان هناك أي اتصالات جنسية أخرى في الأشهر القليلة الماضية.

_ عند الرجال الذين يمارسـون الجنس مع الرجال (MSM) ، يجب على الطبيب أيضًـا الحصـول على مزيد من التفاصـيل حول الممارسات الجنسية ذات الصلة سريريًا.

على سبيل المثال:

- هل تمارس عادة "الجنس الآمن"؟ (مثل فرك الجسم والاستمناء المتبادل)؟
- متى كانت آخر مرة مارست فيها الجماع الايلاجي؟
- عندما تمارس الجماع الايلاجي، هل تخترق شـريكك عادة عن طريق (الإدخال الشـرجي ، الذي يطلق عليه أحيانا "النشـط") أم أنه يخترقك عن طريق (الاسـتقبال الشـرجي ، والذي يطلق عليه أحيانا "السـلبي") أم أن كلا الأمرين على حد سواء ؟

- إذا كان الغالب هو الإدخال الشرجي ، فمتى كانت آخر مرة استقبلت فيها ؟
- إذا كان في الغالب الاستقبال الشرجي ، فمتى كانت آخر مرة أدخلت فيها؟

- هل تستخدم الواقي الذكري بشكل روتيني / دائمًا؟
- هل تعاني من مشاكل في شق الواقي الذكري أو تمزقه؟ (تتوفر الواقيات الذكرية القوية الإضافية بسهولة ؛ يمكن لبعض مواد التزليق أن تضر الواقي الذكري من نوع اللاتكس

_ متى كانت آخر مرة مارست فيها الجنس الفموي؟ (يمكن أن تنتقل بعض أنواع العدوى من الحلق إلى مجرى البول ، مثل الكلاميديا والسيلان. ويمكن أيضًا أن ينتقل فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الفموي التناسلي) هل كنت نشطًا و / أو متلقيًا؟ (أي أدخلت قضيبك إلى فم الشريك أو العكس).

تشمل الممارسات الجنسية الأخرى التي قد تؤدي إلى انتقال العدوى أو المضاعفات السريرية ما يلي:

- "الحواف" (التلامس الفموي الشرجي): يسبب الأمراض المعوية ، التهاب الكبد أ
- "القبضة" (إدخال اليد في المستقيم): تلف العضلة المعصرة الشرجية ، تمزق المستقيم.

_ وينبغي إثارة مسألة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية عند مناقشة الاختبارات التي ينبغي إجراؤها، وأوصي بوضع عتبة منخفضة للاختبار. حيث أن ما يقارب ثلث المرضى المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية في المملكة المتحدة يجهلون أنهم مصابون. كما هو مذكور في الفصل **19** ، مع توفر مجموعة من العلاجات الفعالة للغاية ، تعتبر عدوى فيروس نقص المناعة البشرية الآن مرضًا مزمنًا. ويسمح التشخيص المبكر للتدبير المثالي باستخدام العلاج المضاد للفيروسات القهقرية قبل أن يتضرر الجهاز المناعي بشدة (أي قبل أن ينخفض عدد الخلايا الليمفاوية CD4 إلى أقل من 350 / مم 3). تسمح معرفة حالة فيروس نقص المناعة البشرية أيضًا بتعديل سلوك المصاب لتقليل مخاطر انتقال العدوى إلى الشركاء الجنسيين.

_ وقد ظهر مرض الزهري أيضًا مرة أخرى في المملكة المتحدة مع ممارسة الجنس الفموي مما يثبت أنه طريق مهم للانتشار بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

الفصل الرابع

داء المهبل الجرثومي

مقدمة

إن داء المهبل الجرثومي أكثر شيوعاً من السلاق "داء المهبل الفطري" وهو على الأرجح السبب الأكثر شيوعاً للنجيج المهبلي الشاذ المشاهد في الرعاية الطبية الأولية. من المؤكد أن هذه الحالة تتصف بنقص في التشخيص وكثيرا مايُساء تشخيصها. داء المهبل الجرثومي كان يعرف ســـابقاً ب "Gardnerella" والذي ينتج في الغالب عن فرط النمو الجرثومي لأنواع بكتيرية لاهوائية في الغالب والتي تكون موجودة. بتراكيز منخفضة في المهبل السليم مثل:

- "Gardnerella Vaginalis"
- "Prevotella Species"
- " Mycoplasma Hominis"
- " Mobiluncus Atopobium Vaginalis"

حددت الدراســات الأخيرة مكونات الغشــاء الحيوي الجرثومي المهبلي الذي يتكون بشــكل أســاســي من "Gardnerella" و"Atopobiu" مما يشـــير إلى أن هذه الكائنات بالغة الأهمية في التســبب بداء المهبل الجرثومي. هذه الحالة لا تنتقل عن طريق الاتصــال الجنســي ولكنها مرتبطة بوجود التهابات تناسـلية أخرى. على الرغم من أن العديد من الأطباء يعتبرون داء

المهبل الجرثومي حالة غير مهمة إلى حدٍ ما ولكن بالتأكيد ليس بالنسبة لغالبية المرضى.

العديد من النســاء تجد كمية من الإفرازات وفي بعض الحالات ترتبط هذه الإفرازات برائحة كريهة والتي تكون مزعجة بشــكل خاص. بالإضــافة إلى أن هناك أدلة على ارتباط داء المهبل الجرثومي بالولادة المبكرة، الإجهاض المتأخر، التهاب المشيماء والسـلى، التهاب بطانة رحم تالٍ للوضــع، التهاب الحوض التالي للجراحة ونهاية الحمل وربما الداء الحوضــي الالتهابي. لقد أُبلغ على أن داء المهبل الجرثومي يزيد من خطر الإصابة والنقل لفيروس عوز المناعة المكتسب.

الأعراض

إن العرض الأكثر شيوعاً هو إفرازات المهبل المفرطة، مع سوء رائحة هذه الإفرازات، في بعض الأحيان بعض النساء يعتبرن أن رائحة المهبل السمكية طبيعية ثم يتفاجأنَ ويمتنّ بالشكر عندما يتم تشخيص ومعالجة داء المهبل الجرثومي لديهن. قد لا تُلاحظ الرائحة السيئة إلا بعد الجماع الجنسي غير المحمي، بسبب انطلاق الأمينات بواسطة السائل المنوي القلوي (انظر "اختبار الأمين" ادناه.). كما هو الحال مع داء المبيضات، العديد من النساء المصابات بداء المهبل الجرثومي لا تظهر لديهنّ الأعراض.

التشخيص

من أهم طرق التشخيص ما يلي:

1. الفحص المجهري للإفرازات المهبلية

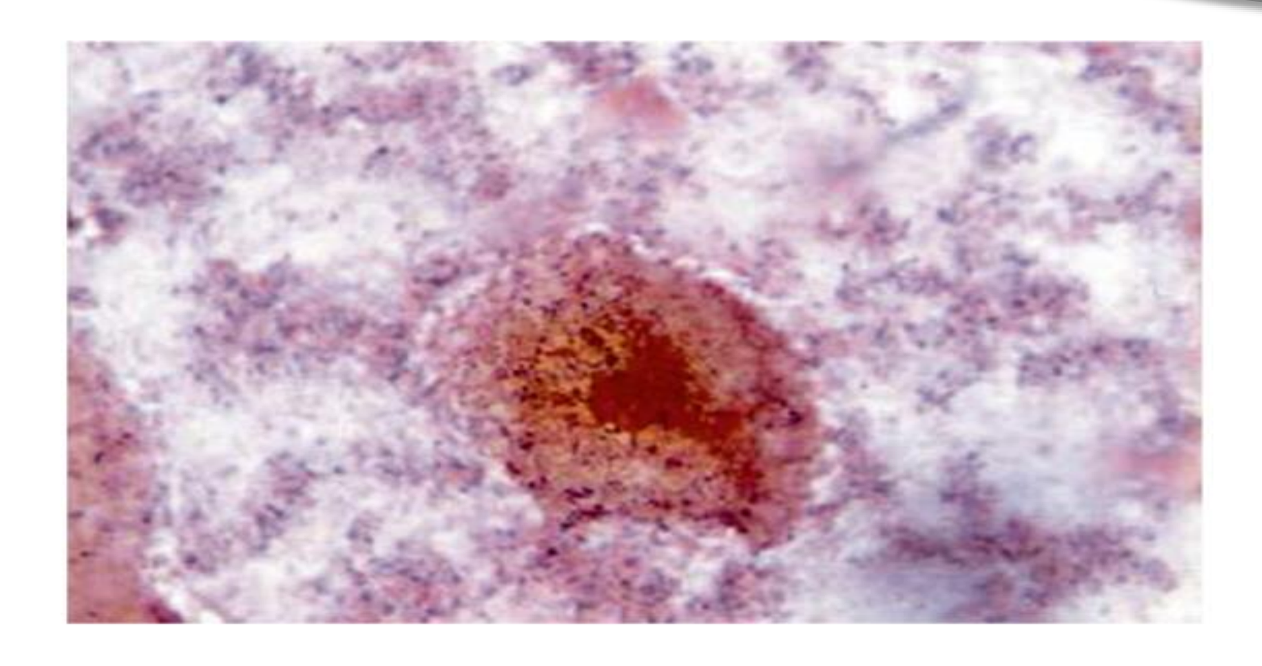
الطريقة الأهم للتشخيص هي الفحص المجهري للإفرازات المهبلية. داء المهبل البكتيري يُعطي مظهراً مميزاً جداً على صبغة غرام حيث أن هناك نقص في العصيات اللبنية وزيادة في عدد العصيات سلبية الغرام أو مختلفة الغرام على سبيل المثال:

- "Gardnerella" الشكل رقم 4.1
- "Prevotella " الشكل رقم 4.2

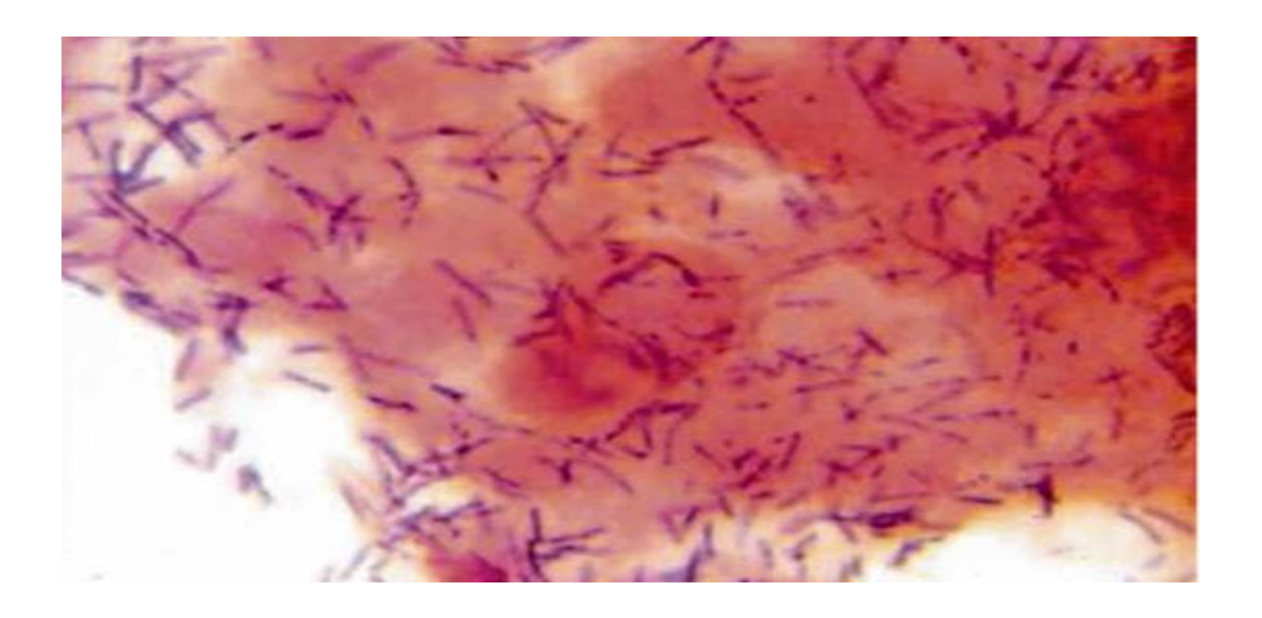
في بعض الحالات يمكن رؤية العصيات المنحنية سلبية الغرام "Mobiluncus". وبما أن التهاب المهبل ليس من سمات داء المهبل الجرثومي، عدد قليل من الخلايا عديدة النوى تكون موجودة.

2. اختبار الأمين

ويشمل هذا الاختبار إضافة قطرتين من هيدروكسيد البوتاسيوم بنسبة 1-5% إلى عينة من الإفرازات المهبلية إما على شريحة أو على ممسحة، فإطلاق رائحة السمك بشكل مفاجئ يمثل نتيجة "ايجابية".وتنبعث الرائحة من تطاير البولي أمين، ولاسيما ثلاثي ميثيل أمين، الذي يُعتقد أنه يُنتج من البكتيريا اللاهوائية. وبالمقارنة مع الفحص المجهري للإفرازات المهبلية، فإن "اختبار الأمينات" يتسم بحساسية تتراوح بين 80-90٪ وبنوعية تزيد كثيراً عن 90٪. إن اختبار الأمين سهل وسريع وغير مكلف لذلك من الواجب إجراؤه.



الشـــكل 4.1 صــــبغة جرام للإفرازات المهبلية بســـبب التهاب المهبل البكتيري – العصـــيات اللبنية تم اســـتبدالها بـ Gardnerella vaginalis وأنواع Prevotella و Mycoplasma hominis وغيرها من البكتيريا اللاهوائية في الغالب.



الشكل 4.2 صبغة جرام للافرازات المهبلية تظهر العصيات اللبنية

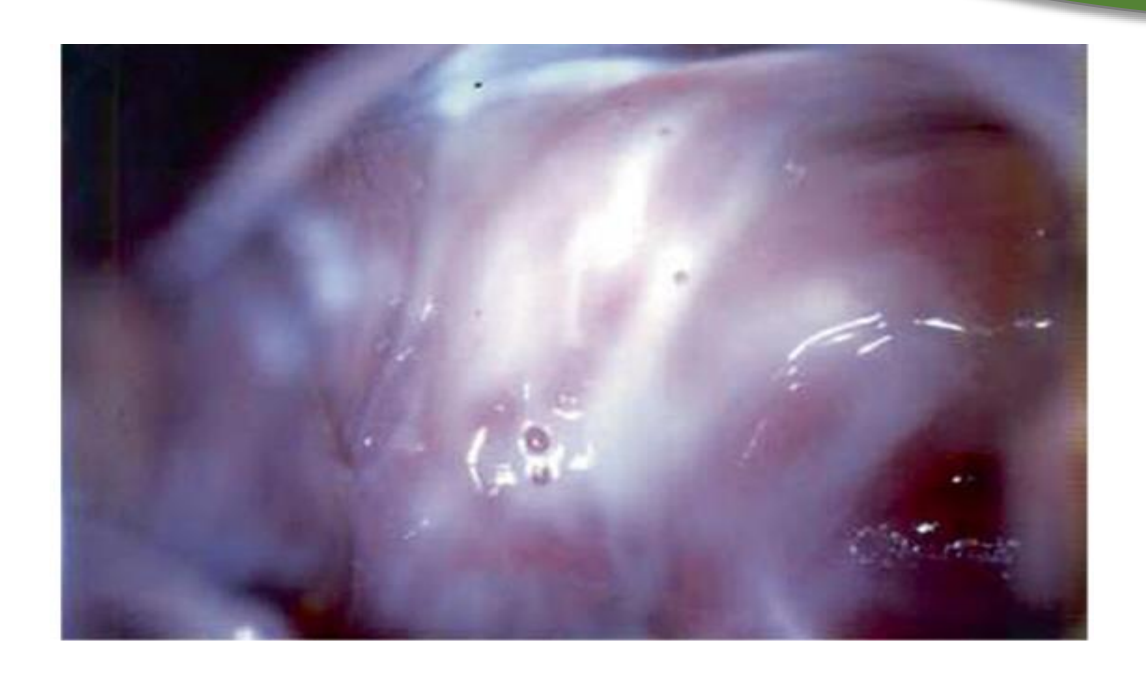
تكون جزءًا من التقييم الأولي لجميع النســاء المصــابات بإفرازات مهبلية. على الرغم من إمكانية إجراء اختبار الأمين على مسحات مجففة بالهواء بعد بضع ساعات أو أيام ، فإن الميزة الرئيسية للاختبار هي أنه يمكن إجراؤه أثناء الاستشارة الطبية . تدوم الرائحة التي يتم إنتاجها لفترة قصيرة ، وعلى الرغم من بعض الادعاءات التي تشير إلى عكس ذلك ، فإنها لا تبقى في الغرفة حيث يتم إجراء الاختبار. من الأفضل إجراء الاختبار بعيدًا عن أنظار المريض. فيما يلي معايير التشخيص الأخرى المذكورة في الكتب المدرسية ولكنها أقل فائدة من الفحص المجهري واختبار الأمين.

3. الرقم الهيدروجيني المهبلي

في التهاب المهبل البكتيري ، يرتفع الرقم الهيدروجيني المهبلي من القيمة الطبيعية 4.5 إلى أعلى من 5.0. لسوء الحظ ، هذا ليس مميزًا للتشــخيص وربما يشــير ببســاطة إلى انخفاض في عدد العصــيات اللبنية. (العصــيات اللبنية هي الأنواع البكتيرية الســائدة في المهبل الصــحي وتحافظ على بيئة حمضــية واقية في المهبل عن طريق ، كما نعتقد ، إنتاج حمض اللاكتيك من الجليكوجين المهبلي.) بالإضــافة إلى ذلك ، يمكن العثور على درجة حموضــة مرتفعة في المرأة التي لديها فلورا مهبلية طبيعية إذا تم إجراء الاختبار عند وجود دم في الدورة الشــهرية أو ســائل منوي أو إذا تم أخذ عينات من مخاط عنق الرحم عن غير قصد بدلاً من الإفرازات المهبلية. ومع ذلك ، من غير المحتمل أن يكون التهاب المهبل البكتيري موجودًا إذا كان الرقم الهيدروجيني طبيعيًا.

4. ظهور الإفرازات

على الرغم من أن الإفرازات المهبلية في التهاب المهبل البكتيري رقيقة بشــكل كلاســيكي ومتجانســة مع قوام كريمي أو حليبي ورغوة خفيفة (الشــكل 4.3) ، فإن هذا ليس هو الحال دائمًا ، وفي معظم الدراســـات لقد ثبت أن ظهور الإفرازات المهبلية علامة تشــخيصــية سيئة. لا مكان لزرع المسحات المهبلية العالية في التشــخيص لأن وجود الغاردنريلا المهبلية أو البكتيريا اللاهوائية لا يشير بالضــرورة إلى وجود التهاب المهبل البكتيري. قد يكون الكشف عن مجموعات البكتيريا المرتبطة بالتهاب المهبل البكتيري بواسطة اختبار تضخيم الحمض النووي هو الاختبار التشخيصي الأمثل ولكن هذا غير متاح بعد. كما ذكر أعلاه ، فإن الفحص المجهري هو الاختبار التشخيصي المفضل حاليًا.



الشكل 4.3 الداء المهبلي البكتيري – إفراز كريمي، دموي مُغطي لجدار المهبل

العلاج

هناك عدد قليل من الخيارات المتاحة

- الميترونيدازول عن طريق الفم هو علاج فعال للغاية وقد تم اســـتخدام أنظمة علاجية مختلفة: 2 جم جرعة مؤقتة ؛ 400–500 مجم يومياً لمدة 5 أيام ؛ 200 مجم tds (ثلاث مرات يوميا)لمدة 7 أيام.
- هلام ميترونيدازول داخل المهبل (0.75٪) يوميًا لمدة 5 أيام
- على الرغم من أنه ينصـح المرضـى بتجنب الكحول أثناء تناول الميترونيدازول (ربما أيضًـا عند اسـتخدامه داخل المهبل) نظرًا لتأثير الديسفلفرام(دواء لعلاج الادمان الكحولي) ، فهذه مشكلة غير شائعة.
- يعتبر كريم الكليندامايسـين داخل المهبل (2٪) يومياً لمدة 7 أيام بديلاً مفيداً للمرضـى الذين لا يسـتطيعون تحمل الميترونيدازول. يجب الإشـــارة إلى حقيقة أن كريم Clindamycin قد يضـــعف الواقي الذكري المصـــنوع من اللاتكس. العلاج يحتفظ به حاليًا للنساء المصابات بالأعراض. يمكن اجراء حالة للدراسة لعلاج النساء اللاتي لا تظهر لديهن أعراض قبل استئصال الرحم ، وخزعة بطانة الرحم ، وعند إنهاء الحمل ، وتنظير الرحم ، والتوسع و الكشـط (D & C) وإدخال وسـائل منع الحمل داخل الرحم (IUCD) ، على الرغم من عدم وجود دراسـات تدعم هذا للإجراءات الثلاثة الأخيرة. إن إمكانية تلقيح الرحم بالبكتيريا القادرة على التسبب في عدوى بطانة الرحم تدعم

الاقتراح بضـــرورة علاج التهاب المهبل البكتيري قبل أي إجراء يتضـــمن اســـتخدام الأجهزة من خلال عنق الرحم ، ولكن هذا لا يستند إلى أدلة.

الدراســـــات التي تقيم ما إذا كان علاج التهاب المهبل البكتيري أثناء الحمل يقلل من خطر الولادة المبكرة قد أعطت نتائج مشوشـة. تم انتقاد بعض تلك الدراسـات التي فشـلت في إظهار فائدة فيما يتعلق بتوقيت التشـخيص. قد يكون من المهم تشــخيص وعلاج التهاب المهبل البكتيري في وقت مبكر جدًا من الحمل. من المعقول أن نقول إنه بناءً على الأدلة الحالية يجب النظر في العلاج قبل 20 أســـبوع من الحمل لدى النســـاء اللواتي لديهن عوامل خطر إضـافية للولادة المبكرة وخاصـة اللاتي لديهن تاريخ سـابق من المخاض المبكر لسبب غير مؤكد أو إجهاض متأخر ، الأدوية الموصـــى بها لعلاج التهاب المهبل البكتيري آمنة للاســـتخدام أثناء الحمل. لا تظهر التحليلات التلوية أي دليل على حصول التشوهات الخلقية عند استخدام الميترونيدازول.

التهاب المهبل البكتيري المتكرر

لوحظ تكرار الإصـابة في حوالي 20٪ من النسـاء بعد العلاج بغض النظر عن الدواء المسـتخدم. غالبًا ما يكون هذا تكرارًا "جرثوميًا" (أي يتم تشـخيص التهاب المهبل البكتيري من خلال الفحص المجهري) بدلاً من تكرار الأعراض. ومع ذلك ، فإن بعض النســاء يعانين من تكرار الأعراض المتكرر والذي ، كما هو الحال مع داء المبيضـــات المتكرر ، غالبًا ما يؤثر على العلاقات الجنسية ويسبب درجة من الاعتلال النفسـي. ثبت أن علاج الشركاء الجنسيين ليس له أي تأثير على تقليل معدل التكرار. تم الإبلاغ عن وجود ارتباط بين التهاب المهبل الجرثومي و IUCD وفي النســـــاء اللواتي يعانين من تكرار مزعج بشـكل خاص ، يجب النظر في شـكل بديل من وسـائل منع الحمل. قد يكون اسـتخدام الواقي الذكري لبضـعة أشـهر مفيدًا لبعض المرضى لأسباب غير معروفة حاليًا.

من المؤكد أن دورة علاجية قصيرة من الميترونيدازول الفموي أو الكليندامايسين داخل المهبل أو الميترونيدازول مرة أو مرتين في الشـهر تسـتحق النظر كإجراء وقائي (الدراسـات اللازمة في انتظار). قد يكون البروبيوتيك داخل المهبل أو هلام حمض اللاكتيك المستخدم لبضعة أيام بعد الحيض مفيدًا أيضًا ، على الرغم من أن البيانات السريرية محدودة إلى حد ما.

الفصل الخامس

داءُ المُبْيَضَّات

مقدمة

- إن الممارسون العامون جميعًا على دراية بهذه الحالة ،لذلك لا يمكن كسب الكثير من المعلومات من خلال إعادة تأكيد المعرفة المشتركة. ومع ذلك ، هناك بعض النقاط التي تستحق الذكر.
- على الرغم من أن المبيضات البيض هي السبب الأكثر شيوعًا للعدوى المهبلية ، إلا أن السلالات الأخرى مثل Candida glabrata و Candida parapsilosis و Candida tropicalis قد تؤدي أحيانًا إلى ظهورالأعراض. يُعتقد أن Candida glabrata مسؤولة عن حوالي 5٪ من الالتهابات المهبلية.
- التحديد الدقيق لمرض Candida spp مهم بشكل خاص عند التعامل مع عدوى مستمرة أو متكررة ؛ ومع ذلك ، قد لا يكون هذا التحديد الدقيق متاحًا بشكل روتيني في جميع مختبرات الأحياء الدقيقة. غالبًا ما تُظهر سلالات المبيضات غير البيضاء مقاومة جزئية أو كاملة لمضادات الفطريات الموضعية والفموية الشائعة الاستخدام.
- إن مضادات الفطورالفموية (مثل فلوكونازول ، إيتراكونازول) فعالة للغاية وسهلة الاستخدام ويبدو ايضاً أنها آمنة. ومع ذلك فهي أغلى ثمناً من العلاجات الموضعية ولا ينبغي استخدامها أثناء الحمل.

داء المبيضات المتكرر

يعاني عدد قليل من النساء من تكرار الإصابة بداء المبيضات الفرجي المهبلي.إن الأسباب غير واضحة ، على الرغم من وجود بعض الأدلة التي تشير إلى وجود عيب موضعي خاص بالكانديدا في المناعة الخلوية. عندما يقدِّم المريض شكوى من "مرض داء المبيضات المتكرر" ، فإن إحدى أهم الخطوات الأولى في التدبير هي التأكد من صحة التشخيص (انظر أدناه).

نقاط عملية

كلما أمكن ، يجب محاولة إرسال مسحة مهبلية لزرع المبيضات في كل مرة تظهر فيها الأعراض. حيث يؤدي عدم زرع الخميرة إلى تقليل احتمالية التشخيص.

إذا استمرت الأعراض واستمر عزل المبيضات بعد العلاج ، اطلب من المختبر تحديد نوع المبيضات والإبلاغ عن حساسيتها لمضـــادات الفطور المختلفة. قد يتطلب ذلك إرســال العينة إلى مختبر مرجعي. وغالبًا ما تكون ســلالات المبيضـــات غير البيضــــاء مقاومة للإيميدازول (مثل كلوتريمازول وميكونازول وإيكونازول) والتريازول (فلوكونازول وإيتراكونازول) ولكنها قد تستجيب للنيستاتين الموضعي (بوليين). ضع في اعتبارك تجربة مضاد للفطور عن طريق الفم ، مثل فلوكونازول 150 مجم stat متبوعًا بـــ 50 مجم يوميًا لمدة أسبوع واحد أو إيتراكونازول 200 مجم يوميًا لمدة يوم واحد تليها 200 مجم يوميًا لمدة أسبوع واحد. و يشير عدم وجود استجابة سريرية إلى أن المبيضات ليست هي المسببة للأعراض أو إلى وجود سلالة مقاومة من الكانديدا. أعراض تهيج الفرج ،سـواءًا كانت مع أو بدون إفرازات ، والتي تتحسـن في البداية مع العلاج المضـاد للفطور ومن ممكن تتكرر بعد بضعة أيام أو أسابيع ، توحي بشدة إلى الإصابة بداء المبيضات.

التشاخيص التفريقية

داء المهبل الرثومي

يجب وضـع **التهاب المهبل الجرثومي** بعين الاعتبار لدى المرأة المصـابة بإفرازات مهبلية متكررة لا تستجيب للعلاج المضـاد للفطريات. تهيج الفرج أمر غير معتاد في هذه الحالة

جلادات (الأمراض الجلدية) الفرج (انظر الفصل 8)

تم تشخيص عدد مقبول من النساء المصابات بـــ "داء المبيضات" المستمر (وليس المتكرر) بشكل خاطئ بدلاً من المرض الجلدي . إن التهاب الجلد المثي للفرج والحزاز المصلب والحزاز البسيط والحزاز المسطح ليست بنادرة ولكن من الممكن لأي حالة جلدية أن تؤثر على الأعضــاء التناسـلية. غالبًا ما تفقد الأمراض الجلدية بعض سـماتها المميزة عند التأثير على ظهارة الفرج وقد يلزم أخذ خزعة لإجراء التشخيص الصحيح. ويصاب بعض المرضى الذين يعانون من جلادات الفرج بمواقع أخرى من الجسـم. في حالات التهاب الجلد التماســي ، غالبًا ما يكون هناك تاريخ شـخصـي من الحسـاسـية أو تاريخ عائلي من التأتب. تشمل عوامل التحسس الفرجية المحتملة : الأدوية الموضـعية (مثل كريمات الستيرويد والكريمات المضادة للفطريات) وهلام KY (حســاســية البروبيلين غليكول) وكريمات مبيدات الحيوانات المنوية والفوط الصـــحية وورق الحمام المصــبوغ وحمامات الفقاعات والصــابون المعطر (على الرغم من أن الإطالة في الاسـتحمام هي التي تُحدِث رد فعل بفرط الحسـاسـية وليس الاستحمام العابر).

تدبير داء المبيضات المتكرر

بمجرد التأكد من صحة التشخيص، يجب وضع النقاط التالية في عين الاعتبار.

مضادات الفطور الوقائية

قد تستفيد النساء المصابات بداء المبيضات في فترة ما حول الحيض من العلاج الوقائي المضاد للفطور إما قبل الدورة الشهرية أو بعدها مباشرة ، إما كلُبوس أو عن طريق الفم.و تشمل الأمثلة كلوتريمازول مفردة 500 مجم أو لُبوس من فينتكونازول 600 مجم أو فلوكونازول 150 مجم أو إيتراكونازول 200 مجم يوميًا لمدة يوم واحد. بمجرد أن تكون الوقاية الشهرية غير كافية لبعض النساء في هذه الحالة جرّب كل أسبوعين أو ربما أسبوعيًا ، أو نادرًا ، نظام أكثر تواترًا يجب أن يستمر العلاج الوقائي لمدة 3-6 أشهر ثم يتم إيقافه وإعادة تقييم وضع المريضة.

علاج الشركاء الجنسيين من الذكور

علاج الشريك الذكر بكريم مضاد للفطريات لا يقلل من تكرار المرض لدى الأنثى. لذلك يجب أن يتلقى الرجال العلاج فقط إذا كان لديهم دليل على وجود عدوى صريحة (مثل التهاب الحشفة أو التهاب القلفة).

المستودع الهضمي

أشارت الدراسات الحديثة إلى أن تكرار الإصابة بداء المبيضات المهبلي ينتج عن الإصابة بخمج معاوِد من القناة الهضمية. يعتبر هذا الآن غير محتمل وفشل العمل حالياً في إظهار أي فائدة من استخدام النيستاتين عن طريق الفم . ويبدو أن الاستعمار المعوي بواسطة المبيضات لا يلعب أي دور في العدوى المهبلية المتكررة ويمكن تجاهله.

عدوى المهبل "العميقة"

دفع الفشل في استئصال الكانديدا من "الطبقات العميقة" من الغشاء المخاطي المهبلي بعض الأطباء إلى اقتراح استخدام خطط علاجية أطول من العلاج المضاد للفطور . لا تزال هذه المسألة قيد النقاش ، ولكن ضع في اعتبارك علاج النكس الحاد من خلال خطة علاجية مدتها أسبوعين من الأدوية المضادة للفطريات أو العوامل الفموية.

الحمية الغذائية

لا يوجد دليل يشير إلى أن النظام الغذائي الغني بالسكريات أو الكربوهيدرات يهيئ لداء المبيضات على الرغم من وجود تقارير عن وجود أعراض "نوبات السكر" لدى المريضات. أفادت إحدى الدراسات ذات الأهمية الخاصة عن انخفاض في استعمار المبيضات للمهبل بين النساء اللائي يتناولن 8 أوقية من الزبادي يوميًا. حيث تم استخدام زبادي "طبيعي" ، الذي من المفترض أنه يحتوي على Lactobacillus acidophilus. على الرغم من أن هذا العمل لا يزال يتطلب تأكيدًا عند عدد أكبر من المرضى إلى جانب استخدام الدواء الوهمي ، فإن مكملات الزبادي تبدو جذابة وربما تكون مقبولة جيدًا.

ومن المثير للاهتمام أن العديد من منتجات الزبادي "الطازجة" أو "الطبيعية" في الســـوق لا تحتوي على Lactobacillus acidophilus أو تحتوي فقط على سلالات "غير مهبلية" من العصيات اللبنية.

أوجدَت عدد قليل من الدراســات التي أجريت قبل بضــع ســنوات ارتباطًا بين انخفاض مســتوى الزنك والعدوى المهبلية المتكررة بما في ذلك داء المبيضـــــات المتكرر. وقد دفع هذا بعض الأطباء إلى اقتراح تجربة مكملات الزنك عن طريق الفم لمدة شهر أو شهرين في النساء المصابات بداء المبيضات المزعج بشكل خاص ، على الرغم من أن النتيجة عادة ما تكون غير ناجحة للغاية.

يحتوي الثوم على مادة الأليسين المضـادة للفطريات ، وقد تم اقتراحه لاسـتخدامه كعلاج لداء المبيضـات. ومع ذلك ، تشير الأدلة الحالية إلى أن كمية الثوم المطلوبة لتوفير مستويات مفيدة سريريًا من الأليسين في المهبل قد تكون غير مقبولة اجتماعيًا وربما تكون ضارة بالمريء.

داء السكري

قد يؤدي ضــعف الســيطرة على مرض الســكري إلى الإصــابة بداء المبيضـــات ، ولكن من النادر جدًا العثور على مرض السكري لدى النساء المصابات بعدوى متكررة ؛ ومع ذلك ، فمن الحكمة استخدام شرائط غمس البول .

حبوب منع الحمل الفموية

تشــير الأدلة النظرية إلى أن حبوب منع الحمل يمكن أن تلعب دورًا في تقوية داء المبيضـــات المهبلي.تم الإثبات عن وجود مســتقبلات العصــارة الخلوية للإســتروجين في المبيضـــات البيض، وقد أظهرت بعض الهرمونات في المختبر تحفيزاً لتكوين الخميرة الأُفطورية وبالتالي زيادة الفوعة . على الرغم من هذا الدليل ، فشـلت الدراسـات الحديثة في إظهار وجود علاقة بين اسـتخدام حبوب منع الحمل ذات الجرعة المنخفضــة والمتوسـطة وداء المبيضـــات المتكرر. ومع ذلك ، فقد تم الإبلاغ عن نجاح التحول من حبوب منع الحمل المركبة إلى حبوب منع الحمل التي تحتوي على هرمون البروجســـترون فقط في بعض النساء المصابات بعدوى متكررة.

فقر الدم الناجم عن نقص الحديد

لا يؤهب لتكرار داء المبيضات

حمام الفقاعات والصابون المعطر

قد يتفاقم التهيج المرتبط بالتهاب الفرج الصـريح بسـبب حمامات الفقاعات والصـابون المعطر ، لكن لا يوجد دليل على أنها قد تسبب نوبة من داء المبيضات.

الملابس الضيقة

غالبًا ما تُنصح النساء المصابات بداء المبيضات المتكرر بتجنب ارتداء الملابس الداخلية والجوارب المصنوعة من النايلون. حيث أن النظرية تقول: إن زيادة الرطوبة الناتجة عن النايلون قد تؤدي إلى ضـــعف ظهاري خفيف وبالتالي تؤدي إلى غزو فطري للأنسـجة السـطحية وبالتالي إلى عدوى عرضـية. هذا ماترويه النسـاء أن الملابس الفضـفاضـة توفر درجة من الراحة لبعضنّ عند تكرارها .

المضادات الحيوية

هناك عدد من النساء عرضة للإصابة بداء المبيضات أثناء تناول المضادات الحيوية عن طريق الفم. قد يكون هذا بسبب القضـاء على العصـيات اللبنية المهبلية الواقية أو إلى تأثير داعم مباشـر على نمو الخميرة. إن وصـف مجموعة جرعات من مضـــادات الفطريات جنبًا إلى جنب مع المضـــادات الحيوية أمر يُســتحق التفكير فيه وعادة ما يحظى بتقدير كبير من قبل المريض.

الغسولات

إن غسولات الخل أو بيكربونات الصوديوم تساهم في تخفيف الأعراض لدى بعض النساء. يجب أن نتذكر أن الغسولات قد تسهل من انتشار بكتيريا الجهاز التناسلي السفلي في الرحم ولا يوصى بها بشكل عام ما لم يتم إجراء فحص للعدوى التناسلية وثبت أنه سلبي.

حمض البوريك

تم اســتخدام كبســولات الجيلاتين من حمض البوريك بنجاح لعلاج داء المبيضـــات المهبلي المســتمر ، وخاصـــة عدوى Candida glabrata. الجرعة الموصى بها هي 600 ملغ يوميا لمدة أسبوعين ،وبما أن الكبسولات غير متوفرة بشكل عام ، فيجب أن يتم تركيبها من قبل الصـيدلي اللطيف. نظرًا لأن الامتصـاص المطوّل لحمض البوريك قد يسـبب فقدان الشـهية والقيء والطفح الجلدي وفقر الدم ، قد يلزم إجراء المزيد من الدراسات حول سلامة وفعالية العلاج الوقائي.

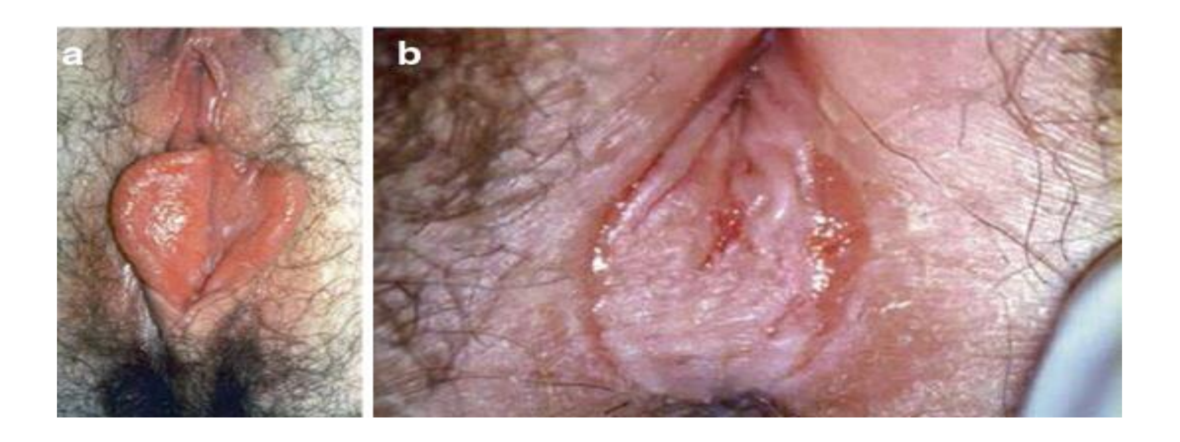
العلاج الهرموني

هناك تقاريرلحالات فردية عن علاجات ناجحة لل Candida albicans المتكررة و Candida glabrata المســـتمرة بواسطة المركبات بروجستيرونية المفعول ، على سبيل المثال ديدروجستيرون أو ميدروكسي بروجستيرون أسيتات.

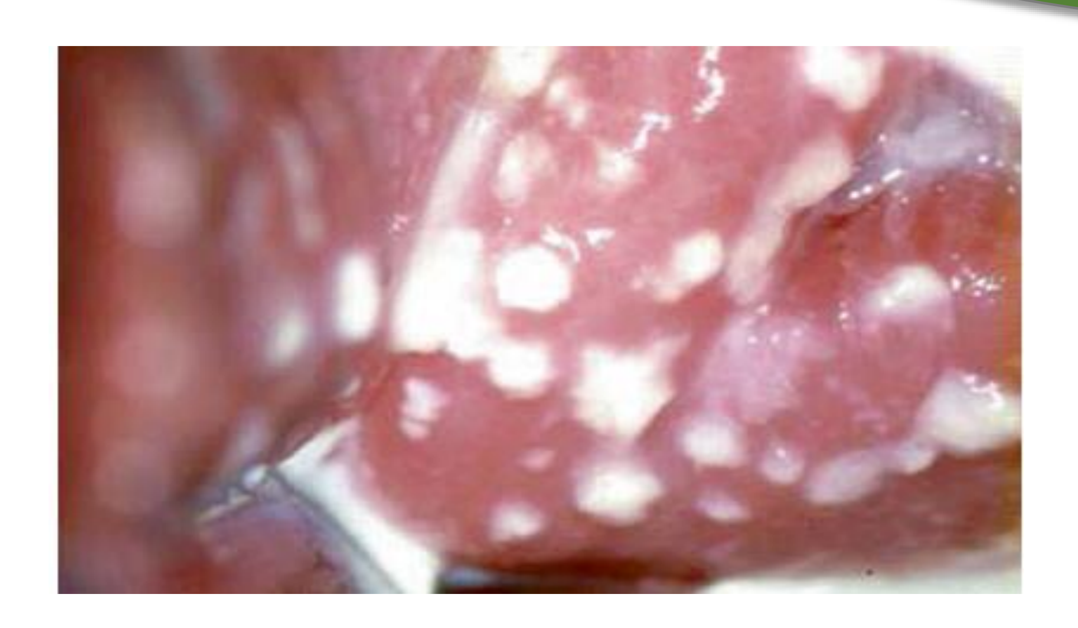
ملخص لداء المبيضات المهبلي المتكرر / المستمر

1. تأكد من صحة التشخيص. حيث غالبًا ما تظهر الأمراض الجلدية مع تهيج بالفرج.
2. تحديد هوية Candida spp ا. والتحقق من الحساسية لمضادات الفطريات.
3. عالج في البداية بخطة علاجية أطول من مضادات الفطريات.
4. استخدم مضادات الفطريات شهرياً أو كل نصف شهر أو أسبوعياً عن طريق الفم أومضاذات الفطريات الموضعية لمدة 3–6 أشهر كوقاية.
5. لا حاجة لعلاج الشركاء الذكور بمضادات الفطريات ما لم تظهر عليهم أعراض (مثل وجود طفح جلدي في القضيب).

السمات السريرية والمجهرية لداء المبيضات موضحة أدناه (**الأشكال 5.1 و 5.2 و 5.3 و 5.4 و 5.5 و 5.6**). انظر أيضا الفصل. **15** لداء المبيضات عند الرجال.



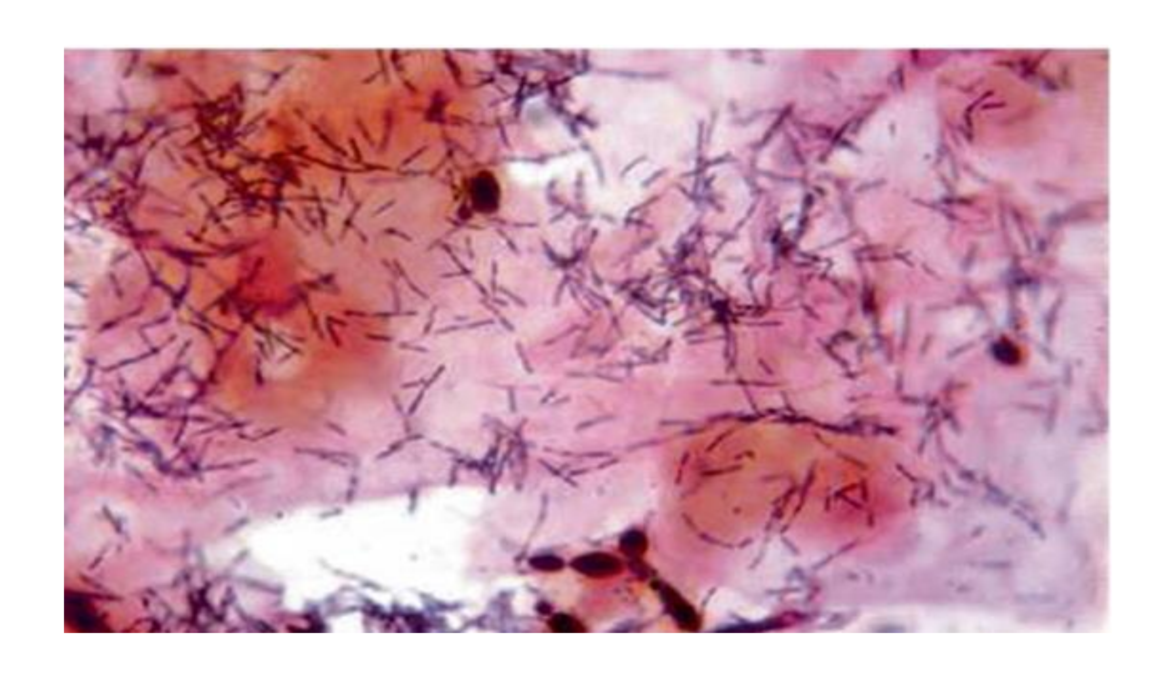
الشكل 5.1 (أ) التهاب الفرج بسبب داء المبيضات. (ب) الشقوق العجانية بسبب داء المبيضات



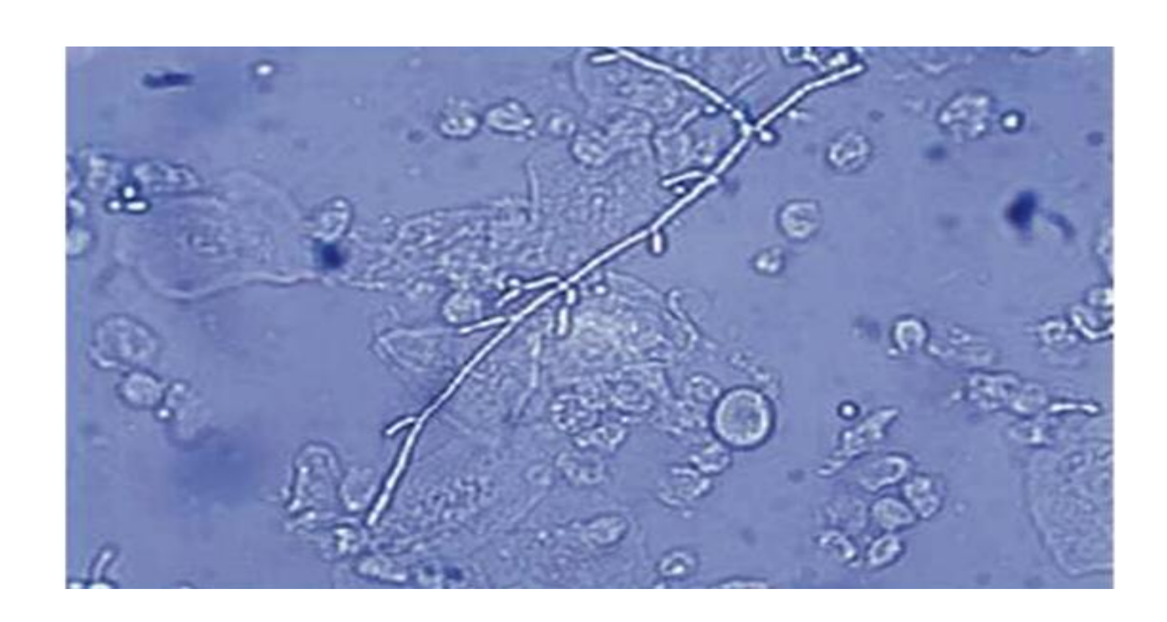
الشكل 5.2 داء المبيضات – إفرازات بيضاء "متكتلة"



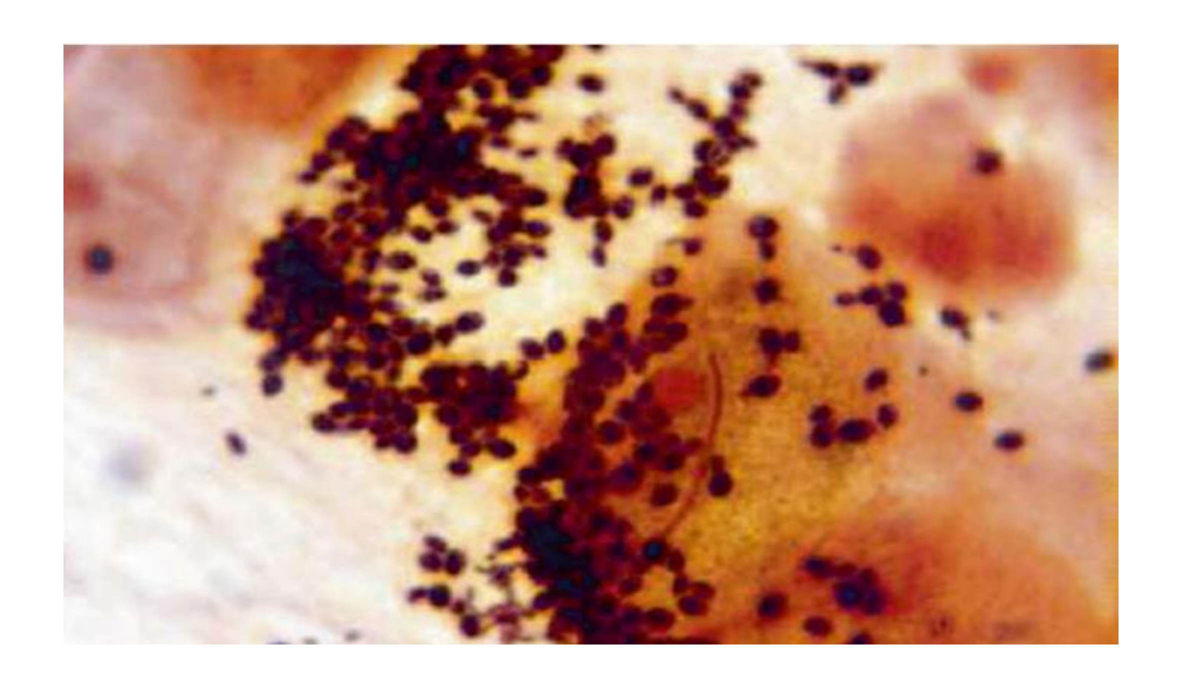
الشكل 5.3 داء المبيضات – التهاب المهبل مع إفرازات مائية



الشكل 5.4 صبغة جرام للإفرازات المهبلية الناتجة عن داء المبيضات والتي تظهر الجراثيم والخيوط الفطرية الكاذبة (توجد العصيات اللبنية أيضًا).



الشكل 5.5 تحضير مسحة رطبة تُظهر برعم لخيط كاذب



الشكل 5-6 صبغة غرام للإفرازات المهبلية الناتجة عن Candida glabrata والتي تُظهر أبواغ متعددة بدون الخيوط الفطرية

الفصل السادس

أسباب أخرى للإفرازات المهبلية

❖ داء المشعرات

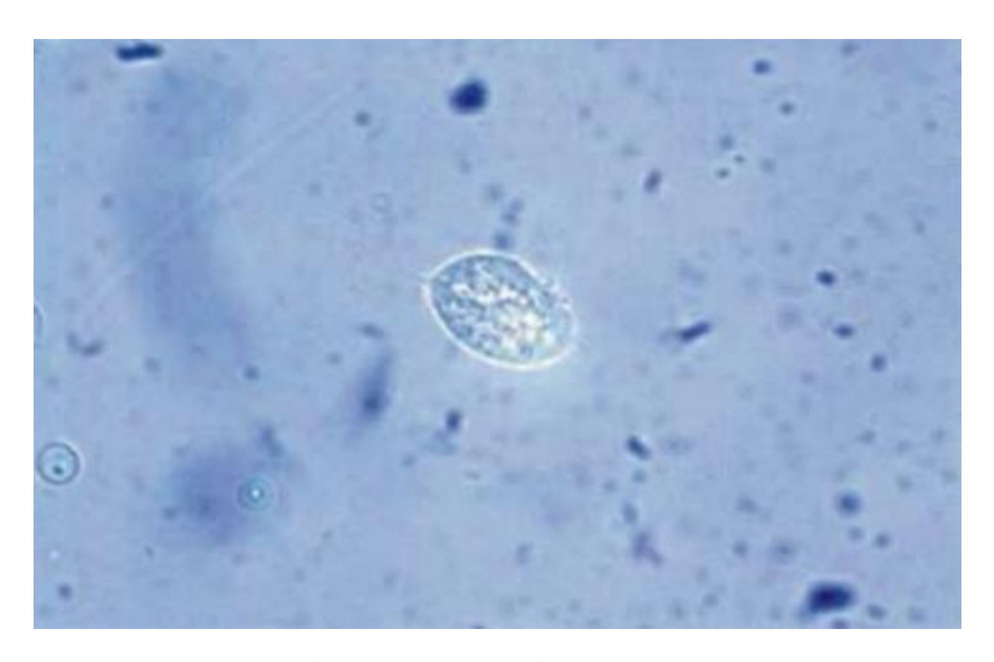
أصبح داء المشعرات أقل شيوعا في السنوات الأخيرة وعادةً ما يظهر على شكل إفرازات صفراء كثيفة مرتبطة مع ألم في الفرج والمهبل. تُرى المشعرات المتحركة بسهولة في الفحص المجهري الرطب(أي فحص عينة من مفرزات المهبل في محلول ملحي عادي تحت غطاء، الشكل ٦٠١) ؛ ومع ذلك ، لأن هذا نادرا ما يتوفر في البيئات الطبية غير البيئات الطبية التناسلية، يمكن أن يجُرى التشخيص من خلال "اختبار نقطة الرعاية"(مثل اختبار المشعرات السريع *OSOM*)عن طريق مسحة مهبلية لاختبار التضخيم النووي(*NAAT*)أو بالزرع .عند محاولة زرع الكائن الحي يجب أن تنقل العينة إلى المختبر بأسرع وقت ممكن لأن الكائن الحي سهل التفتت.

العلاج يكون بالميترونيدازول الفموي إما بجرعة ٢غ أو ٤٠٠-٥٠٠غ مرتين يوميا لمدة ٥-٧ أيام. ميترونيدازول يحُتمل بشكل أفضل إذا أخذ مع أو بعد الطعام وكما يجب تجنب الكحول أثناء العلاج و ٢٤ ساعة بعد ذلك ، ومع ذلك يجد العديد من الأفراد أنه لا يوجد تأثر مع الكحول.

تنقل معظم حالات داء المشعرات عن طريق الاتصال الجنسي ؛لذلك يجب تقييم الشركاء الجنسيين ومعالجتهم. الرجال عادةً يحملون العدوى بدون أعراض.

❖ عدوى المكورات العقدية

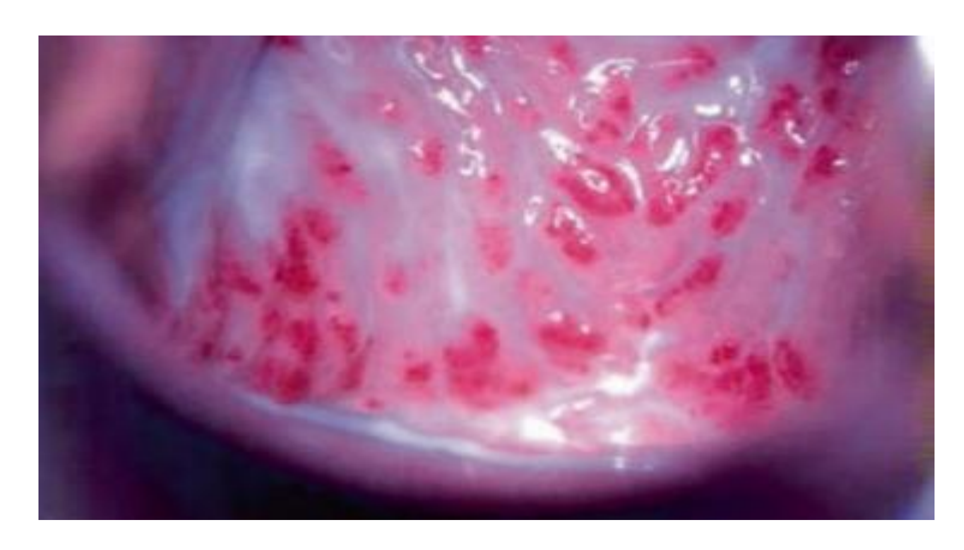
المكورات العقدية تعزل عادةً على المسحة المهبلية والفرجية لكن عادةً لا تسبب الأعراض وهي تعتبر ثانوية بالنسبة " لشرط آخر" أساسي، مثل داء المبيضات أو مرض جلدي .تصنيف لانسفيلد للعقديات لمجموعة أ ومجموعة ب التي نادر اً ما تسبب التهاب المهبل التقشري والذي عادةً ما يظهر كالتهاب مهبلي ملحوظ مع دم مصلي.



الشكل٦٠١ محضر رطب يظهر المشعرة (عدوى المشعرة المهبلية)

❖ التهاب المهبل التقشري

هذا سبب شائع للتصريف في علم الأمراض غير المعروفة. المظهر هو داء المشعرات ، حيث يوجد مفرزات صفراء غزيرة والتهاب مهبل ملحوظ **الشكل٦٠٢**. قد يظهر فحص تنظير المهبل للمهبل وعنق الرحم نمط بقعي (لأنه يلاحظ غالبا في داء المشعرات لذلك يسمى "عنق الرحم بالفراولة") تُظهر صبغة غرام والفحص المجهري



الشكل٦٠٢ التهاب المهبل البقعي –يرُى في بعض حالات داء المشعرات والتهاب المهبل التقشري.

للمفرزات غياب العصيات اللّبنية مع وجود بكتيريا مكورة وخلايا ظهارية قاعدية مهبلية (أي يرُى عند امرأة في سن الضهي مصابة بالتهاب المهبل الضموري).غالبا ما تكون هناك استجابة جيدة لكريم الكليندامايسين داخل المهبل.

❖ أجسام غريبة

أدّت الآراء الليبرالية حول التجارب الجنسية إلى أجهزة متنوعة أصبحت تؤدع أو تضيع في المهبل. بالرغم من أن المريض عادةُ ما يكون واعي تماماً لأن شيئاً ما "قد ذهب"، في بعض الأحيان قد تنفصل أجزاء من "الألعاب الجنسية" من دون علم وتؤدي إلى إفرازات مهبلية بعد بضعة أيام .

بشكل أكثر شيوعاً يمكن أن تدفع السدادة القطنية عن غير قصد في عمق المهبل و تنُسى . بعد بضعة أيام تفرز هذه السدادة مفرزات كريهة الرائحة. في بعض الأحيان تعلق أجزاء من السدادات القطنية على خيوط من اللوّلب الرحم(IUCD)وتسبب لاحقاً مشاكل. هذه القطع الصغيرة من الصوف القطن ي غالب اً ما تكون صعبة الاكتشاف .وبشكل مشابه ،يمكن أن تترك شدف صغيرة من ورق الحمام عند مدخل المهبل بعد مسحة مستعجلة بعد التبول. يمكن أن يدفع النشاط الجنسي هذه الشدف عميقاً داخل المهبل حيث تبدأ المفرزات بعد بضعة أيام.

في بعض الأحيان ينقسم الواقي الذكري أثناء الجماع والنتيجة قد تبقى شظايا المطاط في المهبل وتؤدي في النهاية إلى إفرازات كريهة الرائحة .

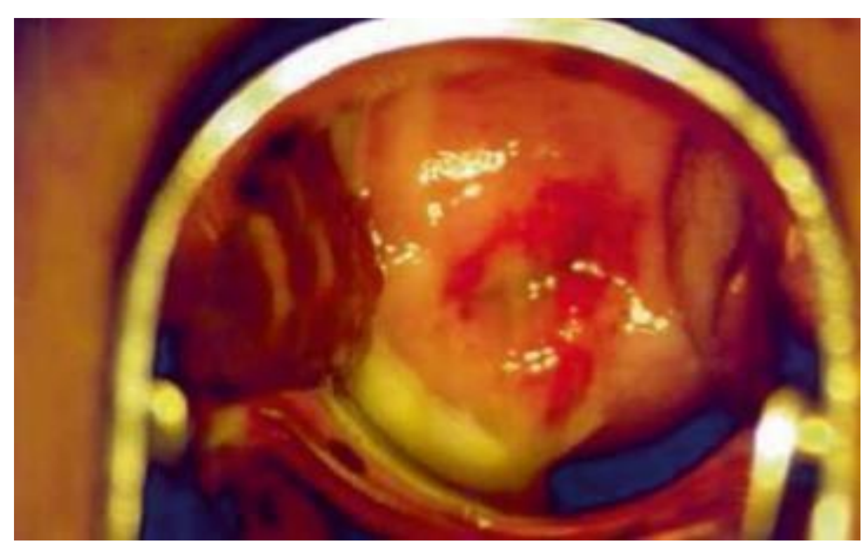
❖ التهاب عنق الرحم

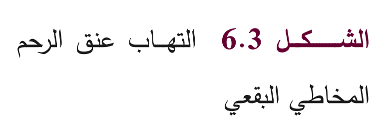
التهاب عنق الرحم قد يسبب إفرازات مخاطية والتي بالرغم من أنها تنشأ من عنق الرحم ،إلا أنهّا تظهر على شكل إفرازات صفراء مهبلية، وأحياناً ملطخة بالدم .

نقاط مهمة

غالباً ما يصعب تمييز التهاب عنق الرحم عن بطانة عنق الرحم الهاجرة ففي كلتا الحالتين يظهر عنق الرحم بلون أحمر للعين المجردة. تشمل مؤشرات التهاب عنق الرحم إفرازات مخاطية الشكل٦٠٣ والنزف التلامسي عند ملامسة عنق الرحم بمسحة صوف قطني .على سبيل المثال، عند أخذ مسحة من باطن عنق الرحم للكشف عن الكلاميديا و السيلان باختبار التضخيم النووي . ليس بالضرورة أن يشير النزيف الحاصل عند أخذ مسحة من عنق الرحم إلى التهاب عنق الرحم.

في الطب البولي التناسلي /عيادات الصحة الجنسية ،غالباً تفحص الإفرازات في عنق الرحم تحت المجهر ويتم قياس عدد الأشكال المتعددة الموجودة. يوحي العدد الأكبر من ٣٠ من الأشكال المتعددة لكل مجال قدرة عالية(تكبير×١٠٠٠-hpf) بوجود التهاب عنق الرحم.





الشكل 6.3 التهاب عنق الرحم المخاطي البقعي

انتباذ بطانة عنق الرحم قد ينتج مخاط مفرط في غياب العدوى. يمكن علاج ذلك عن طريق التبريد أو كي بنترات الفضة أو الإنفاذ الحراري ولكن يؤخذ بعين الاعتبار فقط عند فحص العدوى بشكل مناسب.

1. *المتدثرة الحثرية والنيسيرية البنية* أسباب شائعة لعدوى عنق الرحم وغالباً ما تسبب التهاب عنق الرحم. يتم تشخيص هذه العدوى الآن بواسطة NAATs، إما من ممارس حصل على عينات من عنق الرحم أو عينات مهبلية تم الحصول عليها ذاتياً. يجب إجراء زراعة النيسيرية البنية إذا كان ذلك التشخيص ممكناً لأن هذا يوفر حساسيات للصاد الحيوي غير متوفرة من NAATsتذكر أن المكورات البنية كائن حي هشّ لذلك يجب أن تنقل بأسرع وقت ممكن إلى المختبر. إذا كان هناك احتمال تأخير في الليل فاحفظ المسحة في درجة حرارة الغرفة بدلاً من الثلاجة. النساء المشتبه إصابتهن بالسّيلان يفُضل إحالتهن إلى طب ال GU.تشمل مواقع الإصابة بالمكورات البنية عنق الرحم (وليس المهبل)،الإحليل، المستقيم ، والبلعوم والعينات يجب أن تؤخذ من هذه المواقع إذا رأيت ذلك مناسباً من التاريخ الجنسي. بسبب القرب التشريحي من فتحة الشرج والمهبل، عدوى المستقيم قد تكون موجودة حتى مع غياب الجماع الشرجي.
2. في كثير من الأحيان لا يمكن العثور على الكائن الحي المسبب و التشخيص هو" التهاب عنق الرحم غير المحدد " (يماثل عند الأنثى " التهاب الإحليل غير النوعي") . من المعروف أن المفطورة التناسلية سبب مهم لالتهاب عنق الرحم بالرغم من أ نّها لا تفُحص روتينياً في مخابر عدّة .

علاج التهاب عنق الرحم

يجب أن يعالج التهاب عنق الرحم غير المحدد وعدوى الكلاميديا بالتتراسيكلين)على سبيل المثال ،١٠٠ مغ دوكسيسايكلين مرتين يومياً لمدة ٧ أيام(، ١غ أزيترومايسين فوري ٢٠٠ مغ أفلوكساسين مرتين يومي اً أو ٤٠٠ مغ مرة واحدة لمدة ٧ أيام. فترات أطول من العلاج بالأزيترومايسين) مثلاً ٥٠٠مغ فور اً متبوع ب ٢٥٠مغ يومي اً لمدة ٦أيام (أو موكسفلوكساسيلين)٤٠٠مغ يومياً لمدة ٧-١٠أيام (تبيّن أنهّ فعاّل أكثر في القضاء على عدوى المفطورة التناسلية.

يجب أن يتم فحص الشركاء الجنسيين من النساء المصابات بالتهاب عنق الرحم لتقييم التهاب الإحليل؛ فهذا غالباً غير عرضي. الفشل في علاج الشركاء قد يؤدي إلى الإصابة مرة أخرى. كما ذ كُر سابقاً ،الأشخاص المشتبه إصابتهم بالسيلان يجب إحالتهم للطب البولي التناسلي وطب الصحة الجنسية للعلاج والمتابعة وتقصي المخالطين لهم (إبلاغ الطرف الآخر) إذا أثُبت تشخيص السيلان بالزرع و وُجد تأخير قبل أن يعُرض المريض على الطب البولي التناسلي، فكّر في العلاج باستخدام سفترياكسون العضلي بجرعة ٥٠٠ مغ مع الأزيترومايسين الفموي بجرعة ١ غ فوري، ثم الرجوع إلى طب ال GUللمتابعة وتتبع جهات الاتصال.

شوُهد حالياً السيلان المقاوم للبنسلين والسيبروفلوكساسين ومؤخراً السيفالوسبورين في المملكة المتحدة ، لذلك كانت النقلة الأحدث استخدام جرعات عالية من السفترياكسون العضلي .قد يكون هناك حاجة للسبيكتينوميسين العضلي لعدوى السيلان ذي المقاومة المتعددة ولكننا الآن ننتقل إلى منطقة أخص. يجب أن تعطي معظم المخابر تفاصيل عن حساسيات المضاد الحيوي للسيلان .

التفريغ الفيزيولوجي

تعاني العديد من النساء من إفرازات مهبلية غزيرة ولا يمكن العثور على سبب معدي. قد يكون هذا في بعض الحالات وعي زائد أو زيادة حقيقية في حجم الإفرازات المهبلية الطبيعية. الخلايا الظهارية المهبلية المباشرة ومخاطية عنق الرحم والسائل المرتشح من مخاطية المهبل هي المكونات الرئيسية للإفرازات المهبلية الطبيعية وقد تختلف الكمية المنتجة باختلاف مرحلة الدورة الشهرية. يجب أن نتأكد من تشخيص الإفرازات الفسيولوجية الطبيعية عندما يثبت كلا الفحص المجهري والمختبر أن إفرازات عنق الرحم والمهبل سلبية؛ فالحكم السريري غير كافٍ . فحص المفرزات وكسب طمأنينة بعدم العدوى هي غالباً كل المطلوب في تدبير هذه الحالة إذا كانت المفرزات مزعجة ،فإن الغسل اللطيف بمحلول بيكربونات الصوديوم قد يكون جيد. وبسبب زيادة خطر الإصابة بعدوى الحوض عند استخدام الدش المهبلي من المهم التأكيد على غياب العدوى، وبشكل خاص التهاب المهبل الجرثومي والكلاميديا.

بعض النساء المصابات بانتباذ بطانة عنق الرحم ينتجن كميات متزايدة من المخاط، وغالباً ما يصفن إفرازاتهن على أنهّا "كثيفة وخيطية". يكون مخاط عنق الرحم غير المصـــاب صـــافياً أو أبيض؛ فالمخاط الأصــفر يوحي بشّــدّة بالعدوى. بغض النظر عن النتائج السـريرية يجب أخذ المسـحات المناسـبة للتحقق من وجود عدوى (انظر أعلاه). بالإضــافة إلى علم خلايا عنق الرحم، إذا لم يتم إجراء ذلك داخل الإطار الزمني الموصــــى به. يجب أن يؤخذ بالاعتبار علاج انتباذ بطانة الرحم بالتبريد أو نترات الفضة أو الكي أو الإنفاذ الحراري حالما تسُتبعد العدوى وأمراض عنق الرحم.

الفصل السابع

النهج العام للسيطرة على الإفرازات المهبلية

مقدمة

من غير العملي بل من غير الضـــــروري إحالة جميع النســـاء اللواتي لديهن إفرازات مهبلية غير طبيعية إلى الطّب البولي التناسلي. العديد من النساء ذاتياً يُشخّصن أنفسهن بالسلاق ويطلبن من طبيبهن العام تكرار مضادات الفطور دون استقصاء أو فحص، وهذا ليس أسلوب مثالي للتدبير العلاجي. يجب أن تُؤخذ مسحات مهبلية تأكيدية في بعض الحالات، وإذا كان من الصـعب إجراء ذلك لأي سـبب كان فإنّه من الصّـائب الإحالة لأدوية الطب البولي والتناسـلي. وهناك بعض القلق من توافر علاجات موضعية مضادة للسلاق بدون وصفة طبية فذلك قد يؤخر بعض النساء كثيراً عن التماس المساعدة المهنية.

وهناك نقاط أخرى تستحق أن تؤخذ بعين الاعتبار عندما نقرر ما إذا كنا سنحيل المريض إلى الطب البولي التناسلي وهي:

1. بالإضـــافة للحصـــول على العينات لاختبارات تضـــخيم الحمض النووي(NAATs) والزرع، تجرى فحوصـــات مجهرية لإفرازات المهبل وعنق الرحم بشكل روتيني في جميع عيادات الطّب البولي والتناسلي والتي تسمح للطبيب في عديد من الحالات أن يحصـل على تشـخيص فوري. المجهر طريقة لا تقدر بثمن لتقييم الصـحة العامة للمهبل وعنق الرحم، فعلى سـبيل المثال، امرأة لديها إفرازات عرضـية تظهر غلبة العصـيات اللبنية (Lactobacilli) على صـبغة غرام للمهبل، وصـبغة غرام لعنق الرحم كانت طبيعية، واختبارات تضـخيم الحمض النووي والزرعات لعنق الرحم والمهبل سـلبية فإنه على الأرجح لديها إفرازات فيزيولوجية.
2. السبب الأكثر شيوعاً للإفرازات المهبلية التي نشاهدها في الممارسة العامة وبين المعالجين في الطب البولي والتناسلي هي داء المبيضـــات والتهاب المهبل الجرثومي، وكلاهما غير منتقلين جنســـياً. إنّ الفحص المجهري للإفرازات المهبلية ضروري لتشخيص داء المهبل الجرثومي بدقة عالية وإنّ زراعة المسحة المهبلية لا فائدة منها.
3. هناك بعض الاسئلة المفتاحية التي قد تعطي فكرة عن التشخيص:
   - التهيّج أو التقرّح يوحيان بداء المبيضات.

- لنّجيج كريه الرائحة يوحي بالتهاب المهبل البكتيري.
- نزيف بين الحيض أو عدم الراحة في الحوض أو التغيير الحديث للشـريك الجنسـي واسـتخدام موانع الحمل غير المعروفة تزيد من احتمال الإصابة بالأمراض المنقولة بالجنس.

4. أي مسـحة تأخذ؟ مسـحة Stuart المهبلية الخاصـة بالزرع الجرثومي هي عادةً كافية للكشـف عن العدوى المهبلية. وإنّ اختبارات تضـخيم الحمض النووي ومسحة المهبل ومسحة عنق الرحم ستكشف عن عدوى الكلاميديا ومكورات السيلان لذلك من المفيد التحقق مع مختبرك أنّ هذين الكائنين تمّ فحصهما بواسطة مسحة تضخيم الحمض النووي.

5. قد لا تبحث بعض المختبرات عن عدوى المشعرات المهبلية إلّا إذا ورد ذكرها في استمارة الطلب. ومن الضروري التأكد من مختبرك أن تصـل المسـحة أسـرع ما يمكن عند زراعتها لأن المشـعرات المهبلية قد لا تنجو بين عشـيةٍ وضـحاها. واحتفظ بالعينات التناسلية بدرجة حرارة الغرفة إذا كان من المحتمل أن تتأخر عن الوصول للمختبر.

6. عادةً ما نشـخص عدوى المتدثرة الحثرية والنيسـرية البنية باختبار تضـخيم الحمض النووي NAAT وهذا يتطلب أن يحصـل الممارس على مسـحة لعنق الرحم أو المهبل أو مسـحة مهبلية حصـل عليها بنفسـه. وعلى الرغم من أنّ المتدثرة والسـيلان يصـيبان عنق الرحم ومجرى البول وليس المهبل عند النسـاء البالغات فإنّ تلوث المهبل من الأماكن الأخرى وحساسية اختبار تضخيم الحمض النووي العالية للغاية يجعل مسحة المهبل ملائمة للتشخيص.

7. لا يمكن تشخيص الدّاء المهبلي الجرثومي من خلال مسحة المهبل ما لم يتم تحضيره بملوّن غرام.

تم تلخيص المبادئ التوجيهية لتدبير الإفرازات المهبلية في **الجدول 7.1**

الجدول 7.1 تشخيص وتدبير الإفرازات المهبلية

	التشخيص المحتمل
	1. أخذ القصة المرضية أي اقتراح بعدوى منقولة جنسياً (على سبيل المثال، تغيير الشريك الجنسي في الآونة الأخيرة)
داء المبيضات أو داء المشعرات	تهيج أو ألم فرجي
التهاب المهبل البكتيري	رائحة كريهة
	2. الفحص السريري
داء المبيضات أو داء المشعرات	حمامى فرجية / مهبلية
داء المبيضات	إفرازات "متكتلة" أو "تشبه خثارة اللبن"
التهاب المهبل البكتيري	إفرازات ناعمة ومتجانسة وفيها رغوة قليلة
داء المشعرات. التهاب عنق الرحم	إفرازات صفراء كثيفة إلى حد ما ذات رائحة كريهة
التهاب عنق الرحم	مخاط ذو لون أصفر من عنق الرحم ± نزف عند لمس عنق الرحم بلطف
	3. الإستقصاءات
داء المبيضات ، داء المشعرات	(أ) زرع المسحات المهبلية (احتفظ بالمسحات الخاصة بزرع التراخومية المهبلية بدرجة حرارة الغرفة)
	(ب)المسحة المهبلية الثانية يجب دفعها برفق على شريحة المجهر
	التجفيف بالهواء
التهاب المهبل الجرثومي. التهاب المهبل المتقشر (انظر الفصل 6 – القسم 6.3)	اطلب من المختبر عمل صبغة جرام
	قبل التخلص من المسحة ، أضف 1-5٪ هيدروكسيد البوتاسيوم على المسحة وقم بشمها
التهاب المهبل البكتيري	← الرائحة التي تشبه رائحة "الأسماك" = اختبار "أمين" إيجابي

	إذا كانت العدوى المنقولة جنسياً محتملة أو مشتبهة سريريا بالتهاب عنق الرحم ← يرجى الرجوع إلى عيادة الطب البولي التناسلي
	إذا كان المريض غير راغب أو حضوره أمرغير عملي :
السيلان و الكلاميديا	مسحة عنق الرحم أو المهبل لتضخيم الحمض النووي:
	4. ملخص التدبير
العلاج	التشخيص
إيميدازول موضـــــعي (كعكة مهبلية وكريم)، ترايازول فموي على سـبيل المثال فلوكونازول 150 ملغ stat، إيتراكونازول 200 ملغ يومياً لمدة يوم واحد	داء المبيضات
ميترونيدازول عن طريق الفم ، على سـبيل المثال 2 غرام معلق مرة واحدة ؛ 400 ملغ يوميا لمدة 5 أيام داخل المهبل 0.75٪ ميترونيدازول جل يوميا لمدة 5 أيام داخل المهبل 2٪ كريم كليندامايســين لمدة 7 أيام عن طريق الفم الكليندامايسين 300 ملغ يوميا لمدة 7 أيام	التهاب المهبل البكتيري
ميترونيدازول عن طريق الفم ، على سـبيل المثال 2 جم معلق أو 400 مجم يوميًا لمدة 5-7 أيام يجب تقييم ومعالجة الشركاء الجنسيين	داء المشعرات
التتراسيكلين (مثل الدوكسيسيكلين 100 مجم يوميا لمدة 7-10 أيام) ؛ أزيثروميسين 1 جم مرة واحدة أو 500 مجم مرة واحدة يليه 250 مجم لمدة 4-6 أيام ؛ اوفلوكساسين 200 mg bd أو 400 mgمرة واحدة يوميًا لمدة 7 أيام ضع في اعتبارك بشدة الإحالة إلى عيادة الطب البولي التناسلي للمتابعة وتتبع الاتصا	الكلاميديا
سـيفترياكسـون 500 مجم داخل العضــلات زائد أزيثروميسين 1 جرام مرة واحدة. يجب إحالة المرضى الذين يعانون من مرض السـيلان بشـكل مثالي إلى عيادة الطب البولي التناسلي للمتابعة وتتبع الاتصا	داء السَيَلانِ

الفصل الثامن

مشاكل الفرج

مقدمة

إن أمراض الفرج تمثل أمراضاً شائعة، وعلى الرغم من أن معظم الحالات التي تظهر في الممارسة العامة تكون واضحة ، إلا أن عددًا كبيرًا من النساء يواجهن مشاكلا في التشخيص والتدبير.

- فيما يلي النقاط المهمة التي يجب مراعاتها:

1. ما هي الأعراض السائدة: تهيج ، ألم ، وحرقان؟ هل هناك رغبة ملحة في الحك أم أن الجلد مؤلم للغاية؟ هل يتأثر الفرج بأكمله أم أن الأعراض موضعية في منطقة معينة؟
2. هل هناك تاريخ شخصي أو عائلي من الحساسية؟
3. هل لديك تاريخ من مشاكل الجلد ، مثل التهاب الجلد / الأكزيما ، الصدفية ، الحزاز المسطح؟
4. أي تاريخ من ألم في الفم يشير إلى الحزاز المسطح؟
5. ما هو الصابون المستخدم في تنظيف المنطقة التناسلية؟ هل يتم استخدام حمام الفقاعات وبخاخات النظافة وما إلى ذلك؟
6. هل الأعراض مرتبطة بالوقت مع الدورة الشهرية أم انها ناتجة عن الجماع؟

على الرغم من أن داء المبيضات هو السبب الأكثر شيوعًا لتهيج الفرج ، إلا أنه يجب إعادة النظر في هذا التشخيص إذا فشلت المسحات المهبلية في إظهار نمو الفطريات ولم يكن هناك أي استجابة للعلاج المضاد للفطريات. إذا كان هناك شك ، ففكر في استخدام خطة علاجية أطول من مضاد للفطريات عن طريق الفم (مثل إيتراكونازول أو فلوكونازول) كاختبار تشخيصي. إذا لم تكن هناك استجابة سريرية لمضادات الفطريات على الرغم من عزل المبيضات في الزرع ، فاطلب من المختبر تحديد Candida spp. ، حيث أن بعض السلالات الأكثر غرابة (مثل *Candida glabrata*) قد تكون مقاومة لمستحضرات الإيميدازول والتريازول الشائعة الاستخدام (**انظر الفصل 5**).

على الرغم من أن الفرج قد يتأثر بمجموعة متنوعة من الأمراض الجلدية ، إلا أن المظاهر السريرية غالبًا ما تتغير عن طريق العدوى الثانوية ، أو الخدش (مما يسبب التحزز – سماكة الجلد) ، أو عن طريق العلاجات السابقة ، قد يوفر فحص فروة الرأس والأظافر والمرفقين والفم أدلة مفيدة للتشخيص.

تهيج الفرج

- ❖ تشمل الحالات التي قد ترافق تهيج الفرج ما يلي:

1. داء المبيضات (انظر أعلاه ، الفصل 5 والأشكال 5.1 و 5.2 و 5.3).
2. عدوى فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) (انظر أيضًا الفصل 17). يمكن أن تسبب الثآليل التناسلية تهيجًا طفيفًا ، وعندما تظهر لأول مرة قد يكون من الصعب تحديدها دون أي شكل من أشكال الرؤية المكبرة ، مثل تنظير المهبل.

(ملحوظة: الثآليل الشرجية قد تظهر على شكل حكة عانية ؛ (احذر من تشخيص البواسير دون فحص دقيق**!**)

الورم داخل الظهارة الفرجية (VIN ، **الشكل 8.1**) يرتبط بشدة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشري من النوع 16 وغالبًا ما يظهر على شكل آفات مسطحة او حطاطية بلون ابيض أو سكري ، وهي تؤثر بشكل شائع على الشفرين الصغيرين والعجان. حيث تكون الآفات متعددة البؤر لدى 70٪ من النساء وتسبب تهيجًا في أقل من الثلثين منهنّ . يجب ان توضع بالحسبان الخزعة لتأكيد التشخيص وتحديد مرحلة الآفة (VIN I أو VIN II أو VIN III). لدى VIN III القدرة على التقدم إلى سرطان الخلايا الحرشفية ، خاصة عند المرأة الأكبر سناً ، وبالتالي يُنصح بالمتابعة الدقيقة. بالإضافة إلى ذلك ، نظرًا لأن VIN مرتبط بخلل التنسج في مكان آخر في الجهاز التناسلي ، فمن المهم التأكد من إجراء فحص خلايا عنق الرحم بشكل منتظم. ويفضل أن يكون بشكل سنوي. يجب إجراء فحص فتحة الشرج للبحث عن AIN (أورام الشرج داخل الظهارة) في نفس الوقت.



الشـــكل 8.1 الأورام الفرجية داخل الظهارة (VIN)

3. الهربس التناسـلي (انظر أيضـا **الفصـل 16**). أبلغت بعض النسـاء عن حدوث تهيج في الفرج قبل ظهور القرحة. مع الهربس التناســـلي الأولي ، ســـرعان ما يتطور التهيج إلى الألم وبالتالي إلى التقرح والوذمة الفرجية. تكون البثور النموذجية هشـة وغالبًا ما تكون غائبة. غالبًا ما يكون تاريخ الإصـابة بمرض "يشـبه flu" أو التهاب الحلق قبل ظهور أعراض الفرج دليلًا تشـخيصـيًا مفيدًا. غالبًا ما تعطي النسـاء المصـابات بالهربس التناسـلي الأولي تاريخًا من "داء المبيضات" الذي تفاقم أثناء استخدام مضادات الفطريات.

في الهربس المتكرر ، قد تكون الآفات الفرجية صغيرة ومن الممكن التغافل عنها بسهولة ما لم يكن المريض أو الطبيب الذي يقوم بالفحص في حالة تأهب للتشـخيص المحتمل. يمكن أن يكون الفحص باسـتخدام عدسـة مكبرة أو منظار المهبل مفيدًا في هذه الحالات.

4. داء المشـــعرات. عادة ما تســـبب المشـــعرات المهبلية التهاب الفرج المهبلي المرتبط بزيادة الإفرازات المهبلية. يتم التشخيص عادةً عن طريق الفحص المجهري للمسحة الرطبة أو الزرع (**انظر الشكل 6.1**).

5. عدوى المكورات العقدية. على الرغم من أن كلا من العقديات Lancefi eld Group A و Group B قد تســبب التهاباً في الفرج ، إلا أن هذا غير شـائع وعادة ما تحدث العدوى الفرجية بشـكل ثانوي لجلد الفرج التالف ، على سـبيل المثال بسـبب التهاب الجلد. عادة ما تترافق الحمرة الفرجية مع العدوى بالعقديات من المجموعة A وتظهر على شـكل انتفاخ واضح في الشفرين واحمرار قد يتطور إلى نخر.

6. الأمراض الجلدية. ليست نادرة وغالبًا ما تشمل الشفرين الكبيرين والعجان.

- التهاب الجلد الدهني (**الشكل 8.2**). ابحث عن أدلة تدعم التشـخيص في مكان آخر ، مثل الوجه والصـدر وفروة الرأس.

- التهاب الجلد التماسي. غالبًا ما يكون هناك تاريخ من الحساسية أو تاريخ عائلي للإصابة بالتأتب. تحقق فيما إذا كان يتم وضع أي كريمات أو مستحضرات على المنطقة التناسلية. تظهر حساسية اللاتكس عادةً على شكل الم مهبلي بعد استخدام الواقي الذكري. السائل المنوي ، هلام KY ، أو حساسية مبيد النطاف تظهر على هيئة انزعاج مهبلي بعد الجماع المرتبط أحيانًا بالوذمة الفرجية. بخاخات التنظيف ، والكريمات المضادة للميكروبات ، وكريمات التخدير للبواسير هي محفزات محتملة. من المرجح أن يتسبب الصابون المعطر وحمامات الفقاعات في تهيج الجلد الملتهب بالفعل بدلاً من التسبب في التهاب الجلد.



الشكل 8.2 التهاب الجلد الدهني

- الحزاز البسيط (**الشكل 8.3**). درجة معينة من السماكة أو التحزز في الجلد شائعة بعد الخدش المزمن. غالبًا ما نحتاج في مثل هذه الحالة للعلاج باستخدام الستيروئيد الموضعي القوي إلى حد ما.
- الحزاز المسطح (**الشكل 8.4**). يجب البحث عن أدلة تدعم التشخيص في مكان آخر ، لا سيما في الفم. يكون الحزاز المسطح التآكلي متغير وقد يصاحبه التهاب حاد في الفرج والتهاب المهبل.
- الصدفية (**الشكل 8.5**). ابحث عن الأدلة في مكان آخر ، بما في ذلك تنقُّر الأظافر ، واسأل عن التاريخ المرضي للعائلة. قد لا تظهرهذه الآفات في منطقة الأعضاء التناسلية بشكل نموذجي حيث يُفقد المقياس غالبًا تاركًا وراءَه ظهارة حمراء مصقولة.

- الحزاز المتصلب (**الشكل 8.6**). يؤثر بشكل شائع على منطقة الشرج والأعضاء التناسلية عند الأطفال والبالغين. غالبًا ما يترافق بتهيج وألم بشكل أقل شيوعًا. يمكن أن يكون الاتصال الجنسي مؤلمًا إما بسبب الاحتكاك الذي يلحق الضرر بجلد الفرج الهش أو بسبب شد فتحة المهبل الناتج عن تندب ما بعد الانتفاخ. في المراحل المبكرة ، يظهر الجلد أبيض اللون ورقيقًا قليلاً أحيانًا مع تآكل صغير سطحي و "بثور دموية". إذا لم يتم علاجها ، فإن هذا الإنتفاخ قد يؤدي إلى ارتشاف في الشفرين الصغيرين والبظر وتضييق فتحة المهبل (**الشكل 8.7**).

يجب معالجة الحزاز المتصلب الفعّال مبدئيًا باستخدام الستيروئيد الموضعي القوي (مثل بروبيونات كلوبيتاسول) لمدة 6–8 أسابيع. و يوصى بالمتابعة طويلة المدى بسبب الخطر الصغير (حتى 4٪) للإصابة بسرطان الخلايا الحرشفية.



الشكل 8.3 حزاز بسيط

ملاحظة قصيرة حول استخدام الستيروئيدات الموضعية

غالبًا ما يشعر المرضى بالقلق بشأن الحاق الضرر بالجلد من قبل الستيروئيدات الموضعية ، خاصة في منطقة الأعضاء التناسلية ، وبالتالي قد يفشلون في علاج أنفسهم بشكل كافٍ. يجدر طمأنة المرضى بأن كريمات ومراهم الستيروئيد آمنة للاستخدام تحت إشراف طبي وهي مطلوبة أحيانًا بجرعات عالية ولفترات طويلة لعلاج مشاكل الجلد بشكل مناسب.



الشكل 8.4 الحزاز المسطح



الشكل 8.5 الصدفية



الشكل 8.6 الحزاز المتصلب – تغييرات ضمورية



الشكل 8.7 الحزاز المتصلب – يظهر الشكل الالتصاق بين الشفرين

لا يلزم وضـع الكثير من الكريم ، وقد يسـاعد الاقتراح للمريض بأن انبوب الدواء يجب أن يسـتمر لمدة عام أو عامين على تجنب الإفراط في العلاج. أحيانًا يشـعر المريض بحرقة عند اسـتخدام الكريمات أكثر بقليل من المراهم ولكن قد يكون من الأسـهل وضـعها على الأسـطح المخاطية. قد تكون هناك حاجة إلى مستحضـرات السـتيروئيد والمضـادات حيوية المركبة لعلاج الأمراض الجلدية التناسلية ، ولكن يجب الانتباه إلى تفاعلات فرط الحساسية لمكونات المضـادات الحيوية الموضـعية (على سـبيل المثال ، نيومايسـين ، تتراسـيكلين). يجب معالجة بعض الحالات (مثل الحزاز المتصـلب) مبدئيًا باسـتخدام ستيروئيد موضعي قوي ثم استبداله بمستحضر أضعف بعد بضعة أسابيع عندما تتحسن الأعراض.

ألم او إيلام الفرج

قد تسبب جميع الحالات المذكورة أعلاه ألماً بالإضافة إلى التهيج أو قد تسبب تهيجاً فقط.

الجسم الدهليزي المحرّض موضعياً (المعروف سابقًا باسم التهاب دهليز الفرج)

هذه حالة مهمة ، وغالبًا ما يتم تشخيصها بشكل خاطئ أو يتم تفويتها والتغافل عنها حيث تسبب الألم عند الجماع (عسر الجماع) ، وخاصة عند الإيلاج. قد تكون السدادات القطنية أيضًا غير مريحة للاستخدام. سيكون من المعقول أن نقول إن جميع النساء اللواتي يعانين من عسر الجماع عند الإيلاج يجب اعتبارهن مصابات بالتهاب دهليز الفرج حتى يثبت العكس. تظهر هذه الحالة كمناطق صغيرة من الإيلام الموضعي عند مدخل المهبل ،غالبًا ما ترتبط بالتهاب جلدي حمامي (**الشكل 8.8**) ، بشكل كلاسيكي تقع فوق فتحات الغدة الدهليزية عند الساعة الخامسة والساعة السابعة. غالبًا ما تكون هناك حاجة إلى بعض أشكال التكبير ، مثل تنظير المهبل لرؤية الآفات بشكل كافٍ. إن سبب التهاب الدهليز غير معروف حاليًا. بعض النساء يعانين من ألام الجماع بينما لدى البعض الآخر تاريخًا لسنوات من الاتصال الجنسي الخالي من الألم. تم استخدام مجموعة متنوعة من العلاجات لعلاج هذه الحالة والتي أعطت استجابة متغيرة أو ضعيفة في كثير من الأحيان.وتشمل هذه العلاجات الستيروئيدات الموضعية ، والإستروجين الموضعي والتريامسينولون داخل الآفة. وقد أدى استئصال الدهليز المعدل إلى نتائج جيدة في بعض الدراسات ، ولكن يجب اختيار المرضى بعناية. تُظهر بعض النساء حساسية ملحوظة في فتحة المهبل عند إحداث لمسة خفيفة باستخدام مسحة قطنية و التي ستؤدي إلى ايلاماً ملحوظاً (الألم الخيفي أو المخالف). أيضاً جرعة منخفضة من أميتريبتيلين (10 مجم في البداية تُزاد ببطء إلى 50 أو 75 مجم ، إذا تم تحملها) ، قد يكون الجابابنتين أو بريجابالين مفيدًا في هذه الحالات ، إما كعوامل مفردة أو على هيئة مجموعات ذات جرعة منخفضة.

تمزق العويكشة الخلفي

يسبب تمزق العويكشة الخلفي ألمًا أثناء الجماع ، وأحيانًا يكون مرتبطًا بالنزيف. قد يلزم الفحص باستخدام منظار المهبل لإجراء التشخيص



الشـــكل 8.8 الجســـم الدهليزي – منطقة حمامية عند موضع الساعة 7

غالبًا ما تكون التمزقات صغيرة جدًا. على الرغم من أن كريم الستيروئيد / المضاد للبكتيريا ذو القوة الخفيفة قد يكون مفيدًا ، إلا أن بعض النساء عرضة لتكرار الإصابة به. يرتبط التمزق أحيانًا بوجود جسر من الجلد في هذا الموقع ، وفي هذه الحالة يجب أن نضع بعين الاعتبار الإزالة الجراحية أو إعادة البناء (مثل إجراء فنتون المعدل أو "رأب على شكل حرف Z" **(الشكل 8.9)**.

حرقة الفرج

"التهاب الفرج غير المبرر" هو المصطلح المستخدم لوصف أعراض حرقة الفرج مع وجود ظهارة طبيعية. كانت هذه الحالة تُعرف سابقًا باسم "ألم الفرج الأساسي" أو "ألم الفرج المزمن". يعد الألم العصبي الفرجي سببًا مهمًا حيث يظهر بعض المرضى إحساسًا متضائلًا في التوزيع الحسي العجزي. غالبًا ما تخف الأعراض بالوقوف وتزداد سوءًا بالجلوس ، حيث يؤدي ذلك إلى شد العصب الفرجي أثناء مروره عبر الحوض. تم الإبلاغ عن أن الكيسات السحائية العجزية الحميدة تسبب ألمًا وحرقة في الأعضاء التناسلية لدى كل من الرجال والنساء ، ويتم التشخيص عن طريق التصوير بالرنين المغناطيسي للعمود الفقري القطني العجزي. ومع ذلك ، أود أن أقترح طلب إحالة عصبية أو رأي أخصائي بديل قبل طلب فحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي على مرضاك الذين يعانون من آلام الأعضاء التناسلية.



الشكل 8.9 تمزق العويكشة الخلفي

على أي حال، في غالبية المرضى، لا يمكن العثور على سبب جسدي واضح لأعراضهم وفي هذه الحالة ينبغي النظر في القضايا النفسية ومعالجتها. قد يشمل التدبير استخدام "معدّلات الألم"، مثل جرعة منخفضة إلى متوسطة من أميتريبتيلين ، أو بروثيادين أو فلوكستين ، أو بريجابالين ، أو جابابنتين ، أو التنويم المغناطيسي ، أو الوخز بالإبر ، أو محاكاة العصب الكهربائي عبر الجلد (TENS) أو الحقن الذيلي. بالنســـبة إلى الدهليز ، فإن أميتريبتيلين أو جابابنتين أو بريجابالين هي خيارات مفيدة للخط الأول من العلاج ، إما كعوامل مفردة أو مجموعات ذات جرعة منخفضة

حالات الفرج الأخرى

وذمة الفرج

ان جلد الفرج المترهل عرضة للوذمة ويرتبط بشكل خاص بالعدوى بالهربس وداء المبيضات والزهري، على الرغم من أن هذا الأخير غير شائع لدى النساء في المملكة المتحدة في الوقت الحاضر. الوذمة هي سمة عرضية لالتهاب الجلد التماسي وقد تم الإبلاغ عنها بعد الجماع عند النساء المصابات بحساسية السائل المنوي. قد تكون الوذمة الفرجية أيضًا علامة على داء كرون وعلى إمراضيات أخرى داخل الحوض.

الورم الوعائـي

تظهر هذه الآفات الصـغيرة عادة على الشـفرين الكبيرين على شكل بقع وعائية حمراء صـغيرة ومتعددة في كثير من الأحيان **(الشكل 8.10)**. قد يزداد عددها وحجمها مع تقدم العمر وهي غير ضارة.

الوحمة المصطبغة

قد تظهر في أي مكان على الفرج أو العجان ولها نفس الخصـــائص مثل الوحمات في أي مكان آخر من الجســـم. انظر أيضا الفصول. **17** و **18**.

نقاط مهمة في تدبير أمراض الفرج

- رطوبة الفرج قد تزيد من خطر العدوى الثانوية بالخمائر أو البكتيريا. اطلب من المرضى تجفيف الجلد جيدًا بعد الغسيل ، إذا أمكن باستخدام هواء مجفف الشعر البارد ، تجنب الملابس الضيقة ومحاولة تهوية المنطقة قدر الإمكان
- قد تحدث عدوى ثانوية للأمراض الجلدية التناســـلية حتى مع الحذر الدقيق. ينبغي النظر في العلاج بمضــــاد حيوي ومستحضر ستيروئيدي مشترك.
- على الرغم من أن الكريمات غالبًا ما تكون أسـهل للتطبيق على ظهارة الأعضـاء التناسـلية ، إلا أنها قد تسـبب الشـعور بالحرقة أكثر بقليل من المراهم.
- يجب تجنب الصـــابون ، فقاعات الاســتحمام ، جل الاســتحمام ، والغســول الأنثوي لأنها قد تهيج الجلد الملتهب. تجد العديد من النساء أن المطريات مثل الكريم المائي أو مرهم الاستحلاب مفيدة كبدائل لصـابون التنظيف. يمكن أن يكون وضع الكريم البارد من الثلاجة أمرًا مهدئًا بشكل خاص.
- قد تكون هناك حاجة لخزعة الفرج لتشــــخيص الأمراض الجلدية بدقة. تطبيق كريم prilocaine / lignocaine قبل حقن مخدر موضعي يجعل هذا الإجراء غير مؤلم وجيد التحمل بشكل عام.





الشكل 8.10 ورم وعائي

- جميع حالات الفرج المؤلمة لديها القدرة على التسبب في حدوث تشنج مهبلي ثانوي يمكن أن يستمر في كثير من الأحيان بعد علاج الشكوى الأصلية. وسيتطلب هذا العلاج المناسب والمتابعة. (انظر أيضًا الفصل 21)
- غالبًا ما يكون مرض الفرج مزمنًا ويؤثر حتماً على علاقات المريضة ويؤدي إلى درجة من الاعتلال النفسي. لذلك ، يعد الدعم النفسي جزءًا مهمًا من تدبير هؤلاء المرضى ويجب أخذه في الاعتبار جنبًا إلى جنب مع العلاج الذي يستهدف المكون العضوي للحالة.
- قد يكون تشخيص أمراض الفرج وعلاجها صعبًا وقد يتطلب الامر في بعض الحالات مساعدة طبيب له اهتمام خاص بأمراض الفرج. تدير العديد من المستشفيات الآن "عيادات الفرج متعددة التخصصات" حيث يقدم المتخصصون في الأمراض الجلدية وطب GU وأمراض النساء رأيًا مشتركًا وقد يشيرون إلى العلاج الطبيعي أو العلاج النفسي الجنسي أو علم النفس أو إدارة الألم حسب الضرورة. هذا هو النهج المثالي لتدبير مرض الفرج وأود أن أحث على الإحالة المبكرة إذا كان هناك شك في التشخيص أو التدبير.

الفصل التاسع

متلازمة عسر/ تردد التبول

مقدمة

عادة ما يكون تردد وعسرالتبول عند الأنثى نتيجة لما يلي:

- التهاب المثانة
- التهاب الإحليل / المتلازمة الإحليلية
- التهاب الفرج.

غالبًا ما تشكو النساء المصابات بالتهاب الفرج من تهيج أو ألم أكثر عمومية في الفرج بالإضافة إلى عسر التبول. تعود الأعراض البولية إلى لمس البول لظهارة الشفر الملتهبة أو بسبب التهاب محيط الإحليل.

من المستحيل التمييز بين التهاب المثانة والتهاب الإحليل / المتلازمة الإحليلية من خلال الأعراض وحدها. كقاعدة عامة مفيدة، إذا كان اختبار dipstix البول طبيعيًا تمامًا وكان زرع البول في MSU سلبي أو يظهر بيلة عقيمة ، ففكر في التهاب الإحليل / المتلازمة الإحليلية

التهاب المثانة

في التهاب المثانة، يجب أن تحتوي MSU على أكثر من 10^5من مسببات الأمراض البولية لكل مل. تم وضع هذا المعيار في الأصل لتشخيص التهاب الحويضة والكلية الحاد وقد اقترحت العديد من الدراسات منذ ذلك الحين أن انخفاض عدد البكتيريا بين 10^3 و 10^5 لكل مل يشير إلى التهاب المثانة، خاصة عندما تكون بكتيريا إيجابية الجرام (مثل

Staphylococcus saprophyticus) أو الكائنات الحية غير النمطية (مثل Proteus) متورطة. أفادت الدراسات أن ما بين ثلث إلى نصف النساء المصابات بالتهاب المثانة الجرثومي لديهن بيلة جرثومية "قليلة العدد".

الأسباب الأكثر شيوعًا لالتهاب المثانة هي E. coli و S. saprophyticus و Proteus mirabilis و Klebsiella pneumoniae و Enterobacter spp.

التهاب الإحليل / المتلازمة الإحليلية

عادة ما يتم تشخيص النساء المصابات بتردد وعسر التبول والبول الذي يحتوي على أقل من 10^3 من مسببات الأمراض البولية لكل مل مع أو بدون قيحية على أنها مصابة "بالمتلازمة الإحليلية ". سيصاب البعض بالتهاب الإحليل الحقيقي الذي يمكن تشخيصه من خلال إيجاد تعدد الأشكال على مسحة مجرى البول الملونة بصبغة جرام ، وهو فحص يتم إجراؤه غالبًا في طب GU.

المتدثرة الحثرية هي أهم كائن حي يجب مراعاته. قد يكون اختبار تضخيم الحمض النووي في البول (NAAT) مناسبًا لتشخيص عدوى المتدثرة في الإحليل على الرغم من عدم إثبات ذلك. من المحتمل أن تكون عينة عنق الرحم / أعلى المهبل ومسحة مجرى البول أو المسحة الإحليلة هي العينة المثلى.

على الرغم من أن بعض الدراسات قد اقترحت أن البكتيريا الحساسة التي تستعمر الدهليز الفرجي ، مثل lactobacilli وdiphtheroids ، قد تصيب أحيانًا مجرى البول وتسبب تردد وعسر التبول ، إلا أن هذا الموضوع لا يزال قيد النقاش.

تشمل الأسباب الأخرى للمتلازمة الإحليلة ما يلي:

- السيلان (من غير المعتاد أن يظهر مع تردد و/أو عسر التبول كأعراض فقط)
- الميكوبلازما التناسلية (هذا السبب لم يتم التعرف عليه مؤخرًا للعدوى التناسلية ولا يتم اختباره بشكل روتيني حاليًا في معظم المختبرات)
- الهربس (يترافق عادةً مع تقرح الفرج أو حول الإحليل)
- داء المشعرات (عادةً ما يرتبط بزيادة الإفرازات المهبلية)
- عدوى فيروس الورم الحليمي البشري (ثؤلول تناسلي صغير داخل الفم / أو في مكان بعيدًا في مجرى البول).

استقصاءات في التردد – عسر التبول

- اختبار Dipstix البول والنظر إلى عينة البول هي اختبارات أولية مفيدة. من غير المحتمل حدوث التهاب المثانة إذا كان مظهر البول واضحًا غير عكر وكان اختبار dipstix سلبيًا للنتريت وكريات الدم البيضاء والدم والبروتين.
- كقاعدة عامة ، ضـــع في اعتبارك إرســـال MSU للفحص المجهري والزرع إذا كان اختبار dipstix إيجابيًا للنتريت وكريات الدم البيضاء والدم والبروتين ، ايضاً ضع في اعتبارك أن التلوث بالإفرازات المهبلية قد يؤدي إلى نتائج dipstix إيجابية للكريات البيض أو البروتين أو الدم. يجب على النســـاء اللواتي يعانين من أعراض متكررة إجراء اختبارات متكررة في بداية كل مجموعة من الأعراض. إذا كانت هذه الاختبارات سلبية، ضع في اعتبارك ما يلي:

- التحقق من عدوى المتدثرة ، كما هو موضح أعلاه.
- أخذ مسحة مهبلية من أجل المشعرات المهبلية وزرع الكانديدا
- الرجوع إلى طب GU لفحص الصـــماخ الإحليلي والإحليل البعيد والمنطقة المحيطة بالإحليل بحثًا عن وجود بثور صـــغيرة في الأعضـــاء التناسـلية أو قرحات هربسـية صـــغيرة أو منطقة موضـــعية من التهاب الفرج. يجب إجراء الفحص عند ظهور الأعراض.

تكرار – عسر التبول

- يجب إحالة النساء المصابات بنوبات متكررة من التهاب المثانة المؤكد إلى قسم المسالك البولية للتحقيق في أمراض المسالك البولية.
- التهاب المثانة الخلالي ومتلازمة المثانة العصـــــبية يظهران أيضًـــــا مع أعراض توحي بالتهاب المثانة الجرثومي المتكرر وتتطلب تقييمًا للمسالك البولية للتشخيص. تعاني بعض النساء المصابات بمتلازمة المثانة العصبية أيضًا من ألم أثناء الجماع بسبب التهاب الدهليز وقد يعطِين أيضًا تاريخًا لمتلازمة القولون العصبي.
- يمكن الوقاية من التهاب المثانة بعد الجماع المتكرر ("التهاب المثانة في شـهر العسـل") عن طريق التبول مباشـرة بعد الجماع أو باسـتخدام جرعة واحدة من المضـادات الحيوية الوقائية قبل الجماع أو بعده. بعض النسـاء اللواتي لديهن مجموعة منخفضـة من الصـماخ الإحليلي داخل المهبل تقريبًا، معرضـات بشـكل خاص للإصـابة بالتهاب المثانة التالي للجماع.
- ينصح بالمسح من الأمام إلى الخلف بعد التغوط.

- منذ فترة طويلة يُعتقد أن عصـــير التوت البري له تأثير وقائي ضـــد عدوى المســـالك البولية المتكررة لدى النســـاء المعرضـــات لخطر الإصـــابة بمثل هذه العدوى. وعلى الرغم من وجود أدلة تُظهر أن عصـــير التوت البري يتداخل مع الالتصـــاق البكتيري في المختبر ويزيل البكتيريا المســـببة للأمراض البولية من القناة الهضـــمية، فإن المراجعة الحديثة لعدد كبير من الدراسات شككت في الدعم السابق لهذا النهج للوقاية.
- توسيع مجرى البول أو استئصال الإحليل سيفيد بعض النساء المصابات بالتهاب المثانة الجرثومي المتكرر.
- قد يساعد استخدام الإستروجين داخل المهبل في منع التهابات المسالك البولية المتكررة عند النساء بعد سن اليأس.
- نضـــع بعين الاعتبار اعطاء جرعة لمدة 7 أيام من أزيثروميســـين (500 مجم في اليوم الأول ثم 250 مجم يومياً لمدة 6 أيام). هذا فعال ضد عدوى المتدثرة وهو أفضل من التتراسيكلين لعلاج عدوى المفطورة التناسلية.

يعاني عدد من النســـاء من أعراض بولية مزمنة لا يمكن العثور على ســـبب واضـــح لها. يجب البحث عن القضـايا النفسية الكامنة بعناية ومناقشتها بصـراحة مع المريض. وبالتالي يُقترح بأن الاعراض التي تكون "في ذهن المريض" غير مفيدة ، في حين أن النهج المتبع الذي يتعرف على الأعراض على أنها حقيقية ويحاول مســـاعدة المريض على فصـــل" ذهنه "عن الجهاز البولي عن طريق التنويم المغناطيســـي أو العلاج الســـلوكي أو التأمل قد يكون مفيد. في حال كان الألم من الأعراض الرئيســـية يمكن ان نضـــع بعين الاعتبار اســـتخدام جرعة منخفضـــة أومتوســـطة من مضـــادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (مثل أميتريبتيلين) ، كما انها تُســـتخدم أيضـــاً لتســـكين الآلام المزمنة .

الفصل العاشر

الألم الحوضي

مقدمة

النساء المصابات بألم حوضي حاد، شديد يقيّمهن طبيب الأمراض النسائية. يمكن أن يكون من الصعب تشخيص الألم المزمن أو المتكرر، وبالرغم من أن العديد من النساء سيحتجن في النهاية إلى تقييم أخصائي أمراض النساء، يمكن أن يلعب طب الجهاز البولي التناسلي دورا في تشخيص انتان تناسلي. الإحالة إلى طبيب الجهاز البولي التناسلي ربما تكون الخطوة الأولى المناسبة للنساء المصابات بانزعاج أو ألم في الحوض وإذا تم نفي وجود الانتان، فيمكن إحالة المريضة إلى طبيب النساء.

يشخص الداء الحوضي الالتهابي (PID) بصعوبة بدون مساعدة منظار البطن والعديد من النساء للأسف يوصفن بأن لديهن الداء الحوضي الالتهابي على أسس سريرية غير كافية. يمكن أن يؤدي ذلك إلى قدرٍ كبير من القلق، خصوصا فيما يتعلق بالعقم. عمليا لا نقوم بتنظير البطن لجميع النساء المصابات بألم حوضي وإذا اعتبر الداء الحوضي الالتهابي تشخيصا محتملا فيجب مناقشة عدم اليقين في التشخيص مع المريض، تؤخذ مسحات الأعضاء التناسلية المناسبة، وتوصف المضادات الحيوية المناسبة، يقيم الشريك الجنسي الذكر من أجل التهاب الإحليل والعدوى بالكلاميديا، ويعاد تقييم المريض بعد العلاج.

أشيع سبب للداء الحوضي الالتهابي في المملكة المتحدة هي الكلاميديا التراخومية وبالرغم من أن العديد من النساء سيقدمن مع ازدياد الإفرازات المهبلية وألم/انزعاج في الحوض، يوجد دليل جيد يقترح بأن الكلاميديا يمكن أن تنتج عدوى الحوض تحت السريرية. وكما هو الحال للداء الحوضي الالتهابي النموذجي، العدوى تحت السريرية يمكن أن تسبب ضرر البوق والعقم اللاحق.

السيلان البني أقل شيوعا من عدوى الكلاميديا في المملكة المتحدة لكن يجب أن يوضع بالاعتبار كتشخيص لدى جميع النساء اللواتي يفترض إصابتهن بعدوى الحوض. الميكوبلازما التناسلية هي أيضا معروفة كعامل ممرض منتقل بالجنس، قادرة على التسبب بالتهاب الإحليل، التهاب عنق الرحم والداء الحوضي الالتهابي.

تشخيص وعلاج الداء الحوضي الالتهابي

1. تؤخذ المسحات التالية:

a) مسحات المهبل وعنق الرحم لتلوين غرام والفحص المجهري، على الرغم من أن هذا نادرا ما يتم إجراؤه في أماكن أخرى غير عيادات الجهاز البولي التناسلي الطبية في المملكة المتحدة. معظم إصابات الداء الحوضي الالتهابي يكون ناتج عن تصاعد عدوى السبيل التناسلي السفلي، لذلك غالبا هنالك دليل على وجود بكتيريا مهبلية غير طبيعية، مثلا التهاب المهبل الجرثومي، أو من التهاب عنق الرحم. تزود إفرازات عنق الرحم المخاطية دليلا سريريا على التهاب عنق الرحم، ومع ذلك ليس من السهل دائما تقييم ذلك ما لم تكن هنالك إضاءة ممتازة وعين خبيرة (انظر أيضا **الفصل 6**_قسم***التهاب عنق الرحم***). يمكن أن نؤكد ذلك من خلال فحص مسحة تلوين غرام لإفرازات عنق الرحم عن طريق الفحص المجهري: إن وجود >30__40 خلايا متعددة الأشكال في مجال التكبير العالي (HPF__ ×1000) يقترح بشكل كبير التهاب عنق الرحم. إن وجود الفلورا المهبلية الطبيعية وعدم وجود التهاب عنق الرحم يقلل فرصة وجود الداء الحوضي الالتهابي.

b) مسحة عنق الرحم من أجل اختبار تضخيم الحمض النووي (NAAT) من أجل كشف الكلاميديا التراخومية والنيسيريا البنية. تذكر أن الكائنات الحية قد تكون موجودة في الرحم وقناتي فالوب بفحص خلايا عنق الرحم المزروعة. معظم مختبرات برنامج علم الأمراض الوطني (NHS) لا تختبر حاليا عدوى الميكوبلازما التناسلية.

2. في الداء الحوضي الالتهابي الحاد غالبا تكون سرعة التثفل (ESR) وعدد خلايا الدم البيضاء المحيطية مرتفعة ولكن ذلك لا يكون نوعيا ولذلك تقدم القليل من الإرشادات السريرية.

3. تذكر أن معظم التشخيصات التفريقية المهمة للداء الحوضي الالتهابي الحاد هي التهاب الزائدة الدودية الحاد والحمل الهاجر. الحالات الأخرى التي تحاكي الداء الحوضي الالتهابي تتضمن البطانة الرحمية الهاجرة، انفتال أو تمزق كيسة مبيض، عدوى السبيل البولي، التهاب العقد اللمفية المساريقية، وورم المبيض. التشخيصات التفريقية الأكثر شيوعا للألم الحوضي المزمن تتضمن البطانة الرحمية الهاجرة، متلازمة الأمعاء الهيوجة، واحتقان الحوض.

4. علاج الداء الحوضي الالتهابي يجب أن يتضمن المضادات الحيوية الفعالة ضد الكلاميديا، اللاهوائيات، والنيسيريا البنية.

إرشادات المملكة المتحدة توصي حاليا:

500ملغ سفترياكسون حقن عضلي+ 100ملغ دوكساسايكلين مرتين يوميا+400ملغ ميترانيدازول مرتين يوميا

أو500ملغ سفترياكسون حقن عضلي+400ملغ أوفلوكساسين مرتين يوميا+ 400ملغ ميترانيدازول مرتين يوميا

- يجب أن تستمر الأدوية عن طريق الفم لمدة 14يوم.
- يكون العلاج البديل ب 500 ملغ سفترياكسون حقن عضلي. يتبع مباشرة بأزيترومايسين 1 غ أسبوعيا لمدة 2 أسبوع.
- يتضـــمن الميترانيدازول تغطية عدوى اللاهوائيات، ولذلك ربما يكون هذا أكثر أهمية عند النســـاء المصـــابات بالداء الحوضـــي الالتهابي الشـــديد. يمكن أن يوقف الميترانيدازول إذا كانت الأعراض متوســـطة وكان تحمله ضعيفا
- لا يوجد حاليا دليل يقترح بأن العلاج بالعقاقير المضادة للالتهاب اللا ستيروئيدية يقلل من خطر تندب البوق.

5. تقديم المشورة للراحة في السرير وتسكين الألم كما هو مطلوب.
6. من الضروري أن يتم تقييم الشركاء الجنسيين بحثا عن دليل على التهاب الإحليل وعلاجهم، خلاف ذلك التكرار محتمل. تزداد فرص العقم مع ازدياد هجمات الداء الحوضـــي الالتهابي: بعد تتالي ثلاث نوبات من الداء الحوضـــي الالتهابي تكون فرصة العقم أكثر من 50%. غالبا ما يكون التهاب الإحليل غير عرضي عند ملامسة الذكور للنساء المصابات بالداء الحوضي الالتهابي، وهي نقطة تستحق التشديد على المريض.
7. لا يمكن العثور على ســبب واضــح عند عدد من النســاء اللاتي يعانين من الألم الحوضـــي المزمن. يجب البحث عن القضايا النفسية الأساسية بعناية ومناقشتها بصراحة مع المريضة. الطريقة التي تتعرف على الأعراض على أنها حقيقية وليست نفسية في الغالب والتي تحاول مساعدة المريض (التخلص من التركيز) عن طريق التنويم المغناطيسي أو التأمل قد تكون مفيدة. يجب أن يوضـع بعين الاعتبار أن تأخذ المريضـة جرعة منخفضـة من مضـادات الاكتئاب ثلاثية الحلقة (مثلا اميتريبتيلين)، لتسكين الآلام المزمنة، قبل إحالتها إلى أخصائي علاج الألم.

الفصل الحادي عشر

علم الخلايا والتنظير المهبلي

مقدمة

سرطان عنق الرحم هو مرضٌ في معظم الحالات يمكن الوقاية منه وعلم خلايا عنق الرحم وسيلة فعّالة للكشف عن التشوهات التي لديها القدرة على التطور إلى سرطان. ويقدّم برنامج فحص عنق الرحم التابع لدائرة الصحة الوطنية مبادئ توجيهية بشأن جميع جوانب فحص عنق الرحم. تنطبق التوصيات التالية على إنكلترا وأيرلندا الشمالية وويلز:

- يبدأ أول فحص لخلايا عنق الرحم في سن 24.5 سنة.
- ثلاث اختبارات سنوية لخلايا عنق الرحم بين سن 25 و 49 سنة .
- خمس اختبارات سنوية لخلايا عنق الرحم بين سن 50 و 64 سنة .
- يوصــى بإجراء فحص للخلايا فوق سـن 65 سـنة إذا تم إجراء اختبار حديث بخلايا غير طبيعية أو لم يتم إجراء فحص منذ سن 50 سنة.

في اسكتلندا، تتم دعوة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 60 عامًا للفحص كل 3 سنوات، ولكن هذا سيتغير في عام 2016 ليتبع نفس جدول الفحص مثل إنجلترا وأيرلندا الشمالية وويلز.

تم رفع سن فحص عنق الرحم في المملكة المتحدة من 21 إلى 25 سنة لعدد من الأسباب:

- معدّل الإصــابة بســرطان عنق الرحم في الفئة العمرية تحت 25 ســنة منخفض. وفي عام 2007، سُــجلت 56 حالة إصابة بسرطان عنق الرحم بين النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 24 سنة في إنكلترا وويلز و ما مجموعه ثلاث وفيات .
- ارتفاع معدل انتشار عدوى فيروس الحليمومي البشروي العابر بين الشابات الناشطات جنسياً والذي قد يسبب الإصابة بخلايا غير طبيعية. تقريباً واحدة من كل ست عينات لخلايا عنق الرحم المأخوذة في هذه الفئة العمرية غير طبيعية.
- حلُّ العديد من هذه الشذوذات من الدرجة المنخفضة يكون بصورةٍ عفوية.

- الفحص التلقائي في هذه الفئة العمرية الصغيرة يؤدي إلى إحالة غير ضرورية إلى تنظير المهبل مع إمكانية زيادة القلق والإفراط في العلاج. وينبغي أن يقوم الممارس العام أو طبيب أمراض الجهاز التناسلي/الصحة الجنسية بفحص النساء دون سن الخامسة والعشرين اللاتي يقلقهن سرطان عنق الرحم، وخاصة إذا كانت لديهن أعراض مثل نزيف ما بعد الجماع.
- تكرار فحص الخلايا كل سنتين أكثر تكلفة بنسبة 50 ٪ من الفحص كل 3 سنوات. وقد أظهرت دراسة من الولايات المتحدة أنه في السكان الذين تم فحصهم بشكل جيد، فإن الفحص ثلاث مرات سنوياً من شأنه أن يمنع تقريبا جميع سرطانات عنق الرحم التي يتم منعها عن طريق الفحص السنوي مع وجود 70،000 عينة إضافية و400 فحص بالمنظار المهبلي لمنع أي سرطان إضافي.
- ويستند تمديد فترة الفحص بعد سن الخمسين إلى البيانات التي تبين أن انتشار الورم داخل الظهارة من الدرجة الثالثة وسرطان عنق الرحم منخفض جدا بعد هذه السن لدى السكان الذين تم فحصهم بشكل جيد.
- أخذ العينات من عنق الرحم باستخدام علم الخلايا القائم على السائل (LBC) هو الآن الطريقة القياسية لتقييم علم خلايا عنق الرحم في العديد من البلدان. يتم استخدام فرشاة سيرفيكس للحصول على عينة من عنق الرحم، وبدلاً من تلطيخها على شريحة المجهر، يتم "تحريك" الفرشاة بقوة في محلول دارئ لإنتاج خلايا معلقة. ثم يستخدم هذا لإنتاج طبقة أحادية من الخلايا، دون خلايا الدم المعتادة وغيرها من الحطام. ويمكن قراءة هذه العينات الأنظف بسرعة أكبر ومن شأنها أن تزيد من حساسية الكشف عن التغيرات المرضية وأن تقلل من عدد العينات غير الكافية. ومع ذلك، شكك بعض المعلقين في الادعاءات بأن LBC تؤدي نتائج أفضل من علم الخلايا التقليدي.
- وفي عام 2012، استحدَث برنامج فحص عنق الرحم التابع لدائرة الصحة الوطنية اختبار فيروس الحليمي البشروي للنساء اللاتي يعانين من تشوهات عنق الرحم منخفضة الدرجة (أي خلل النوى الحدي والخفيف). يُنصح بتنظير المهبل إذا تمّ الكشف عن فيروس الورم الحليمي البشري "عالي الخطورة" في حين أن النساء اللواتي لديهن نتيجة سلبية لفيروس الورم الحليمي البشري يعدن للإعادة بعد 3 سنوات. يُستخدم اختبار فيروس الورم الحليمي البشري كطريقة فحص أولية في بعض البلدان ويجري تجريبه حالياً في المملكة المتحدة.

أخذ عينة من أجل علم خلايا عنق الرحم

معظمنا سوف يكون قد اجتاز التدريب الجامعي بدون التعليمات المناسبة حول كيفية أخذ عينة عنق الرحم وأحياناً يتم نسيان المبادئ الأساسية، حتى من قبل أكثر الأطباء خبرة. هناك عدد قليل من النقاط الهامة التي يجب النظر فيها:

1. للحصول على عينة عنق الرحم "جيدة" يجب أن يكون عنق الرحم مرئيا بشكل جيد. هذه نقطة واضحة ولكن لا يتم اتباعها دائماً. الإرشادات التالية قد تساعد على جعل الإجراء أسهل قليلاً لكل من المريض والممارس.

a) حاول أن تجعل المريضة تسترخي وتتأكد من أنها على علم تام بما يستلزمه الإجراء.

b) يُسخن المنظار إذا كان من المعدن بالرغم من أن المنظار البلاستيكي وحيد الاستعمال يُستخدم بشكل أكثر شيوعاً.

c) استخدام منظار مناسب الحجم. امرأة في الـــ 25 من عمرها تحتاج منظار أصغر من امرأة في الـــ 40 من عمرها لديها خمسة أطفال. يلزم منظار طويل جداً من حين لآخر (وينترتون)، وحتى منظار سادس (عذراء) طويل ؛ انه من المفيد الحفاظ على واحد أو اثنين في الجراحة.

d) أدخل المنظار برفق وافتح ببطء بحثاً عن عنق الرحم أثناء المضـــي قدماً. إدخال المنظار بالكامل قبل فتحه يؤدي في بعض الأحيان إلى مرور عنق الرحم ويقدم فقط رؤية للقبو الأمامي أو الخلفي. "برفق" هو المفتاح ؛ اليد الثقيلة تؤدي إلى عدم الراحة وقد تمنع المريضة من حضور الفحوصات النسائية في المستقبل.

e) الإضاءة الجيدة ضرورية.

f) وضعية بَضع المثانة (النسائية)مثالية لراحة المريضة وتسهل رؤية عنق الرحم. وعلى الرغم من أنها مكلفة نسبياً، فإنه ينبغي اعتبارها أفضل خيار لمتلقي العينات من عنق الرحم. ويمكن تحويل هذه الأرائك إلى أرائك فحص قياسية لفحوص المرضى الآخرين.

ينشأ خلل التنسج و التورّم عادة في "منطقة التحول" المجاورة لـــــ "الوصل العمودي الحرشفي" **(انظر الشكل 11.1).** ولذلك فمن المهم أن يتم أخذ عينات كافية من هذه المنطقة بفرشـــاة ســـيرفيكس. غالبًا ما تكون فرشـــاة عنق الرحم مطلوبة بالإضـــافة إلى فرشـاة سـيرفيكس (Cervex) للنسـاء اللواتي خضـعن لعلاج سـابق لأورام عنق الرحم الغدية داخل الظهارية (CGIN). وهذا لضـمان أخذ عينات كافية من خلايا عنق الرحم. سـيتم تصـنيف علم خلايا عنق الرحم على هذه المجموعة من النســـاء اللواتي لم يتم تقديم خلايا عنق الرحم لديهن على أنها عينات غير كافية. اذكر نموذج علم الخلايا (ورقياً او الكترونياً) اذا كنت استخدمت فرشـاة عنق الرحم لأنها غالباً ما تلتقط المكونات الغدية التي يمكن أن تعطي أخصـائي الخلايا الانطباع الخاطئ عن أمراض عنق الرحم أو بطانة الرحم.

يجب أخذ عينة كاملة من التقاطع الحرشفي العمودي (SCJ)، والتي قد تتطلب في النساء ذوات شتر عنق الرحم الكبير كنس فرشـاة سـيرفيكس إلى ما وراء SCJ. وهذا سـيضـمن أخذ عينات كافية من الخلايا الحرشـفية. يجب تدوير فرشـاة سـيرفيكس خمس مرات في اتجاه عقارب السـاعة، مع تذكر أن الهدف هو أخذ عينة من التقاطع العمودي الكامل. يتم أخذ عينات عنق الرحم بشكل أفضل في منتصف الدورة ولكن لا ينبغي تفويت الفرصة لأخذ عينة في أوقات أخرى، باستثناء أثناء الحيض.



الشكل 11.1 يظهر انتباذ عنق الرحم الوصل العمودي الحرفي بشكل واضح

2. ويعتقد عدد كبير من النساء أن الهدف الرئيسي من دراسة خلايا عنق الرحم هو الكشف عن سرطان عنق الرحم، وربما يكون هناك عدد كبير من النساء اللاتي يرتدعن عن إجراء اختبارات خلايا عنق الرحم بسبب ذلك. ويتعزز هذا المفهوم الخاطئ باستخدام مصطلح "مسحة السرطان" وبإبلاغ النساء اللاتي يحملن عينات سلبية بأنه "لا يوجد دليل على السرطان/الأورام الخبيثة. "عندما يظهر اختبار لاحق" شذوذ طفيف "بشكل معقول للغاية فإن فكرة السرطان سوف تتبادر إلى الذهن وتولد قدراً كبيراً من القلق غير الضروري. وينبغي لرسالتنا المتعلقة بالتثقيف الصحي أن تؤكد على الغرض من فحص عنق الرحم، وهو الكشف عن التغيرات التي تسبق الإصابة بالسرطان في خلايا عنق الرحم والتي قد تتحول، في عدد قليل من الحالات، إلى سرطان على مدى سنوات عديدة. وينبغي التشديد بشكل أكبر على احتمال عودة الشذوذ الطفيف إلى الوضع الطبيعي، وعلى حقيقة أنه إذا استمرت هذه التغيرات الطفيفة أو أُحرز تقدم فيمكن البدء في العلاج وبالتالي منع تطور السرطان في وقت لاحق. ومما يؤسف أنّه نظراً لعدم وجود طريقة حالياً لتحديد التغييرات التي ستعود إلى طبيعتها وتلك التي ستتطور، فإنّ عدداً من النساء يخضعن لعلاج لا لزوم له. والمراقبة المستمرة لأمراض عنق الرحم البسيطة عن طريق فحص الخلايا وتنظير المهبل أمر يثير القلق، ولذلك تفضل العديد من النساء تلقي العلاج. إن استخدام طريقة فرز فيروس الورم الحليمي البشري و "اختبار العلاج" قد أحدث فارقاً كبيراً في عدد النساء اللاتي يحتجن إلى مراقبة مستمرة.

تقرير علم خلايا عنق الرحم: شرح المصطلحات بإيجاز

مصطلحات علم خلايا عنق الرحم معقدة نوعاً ما ويمكن أن يكون من الصعب جداً شرحها في مصطلحات بسيطة. ومن المفيد قضـــاء بعض الوقت في مناقشـــة النتائج المحتملة، بما في ذلك الآثار المترتبة على اختبار فيروس الورم الحليمي البشري، وأهميتها لدى المريض عند أخذ العينة وتقديم نشرات المعلومات التي يمكن أخذها منه. وهذا قد يساعد على الحدّ من القلق إذا كان الاختبار بحاجة إلى تكرار في فترة زمنية قصيرة أو إذا كانت هناك حاجة إلى الرجوع إلى تنظير المهبل.

عينة غير كافية

هناك عدد من الأســباب التي تجعل علم خلايا عنق الرحم غير كاف للتقييم وبعضــها قد يتم تصــحيحه قبل أخذ العينة أو إرسالها إلى المختبر.

1. العينة غير الكافية. قد يكون أخذ العينات الكافية صـعب في النسـاء ذوات عنق الرحم الصـغير والتوسـيع اللطيف قبل أخذ العينة قد يكون مفيدًا.

2. العينة الملطخة بالدم: الكثير من خلايا الدم الحمراء لإجراء تقييم مناســب. بعض أعناق الرحم تنزف بغزارة عند أخذ العينة. هذا قد يشـير إلى التهاب عنق الرحم أو ضــغط شـديد عند أخذ العينات. التفكير في التحقق من عدوى عنق الرحم، وخاصة الكلاميديا، من خلال اختبار NAAT العنقي.

3. بكتيريا مفرطة. ويرجع ذلك عادة إلى التهاب المهبل البكتيري، وهي حالة ناجمة عن النمو المفرط لبكتيريا مختلفة، ولا سيما الجاردنيريلا المهبلية، والميكوبلازما البشرية، والبكتيرويدات الفصلية، وغيرها من اللاهوائيات (انظر الفصل 4).). ولا يحتاج التهاب المهبل الجرثومي عادة إلى العلاج إلا إذا ظهرت أعراض الإفرازات المهبلية ؛ ومع ذلك، عندما تتداخل الحالة مع خلايا عنق الرحم فكر في العلاج قبل إعادة أخذ العينات.

4. الخلايا متعددة الأشــكال المفرطة التقيّح . قد ينتج ذلك عن التهاب عنق الرحم أو التهاب المهبل. إذا كنت تعتقد أن هناك التهاب مهبلي سريرياً خذ مسحة لكشف المشـعرة المهبلية و قم بزراعة المبيضـات و عالجها بمضـاد للفطريات. إذا كان هناك دليل سـريري على التهاب عنق الرحم، وهذا قد يكون صــعباً جدا للتقييم، تحقّق من مسـببات الأمراض العنقية مثل الكلاميديا و النيسيرية البنية.

وينبغي، من الناحية المثالية، إحالة المرضـى الذين يفترض إصـابتهم بالتهاب عنق الرحم إلى الطب البولي التناسـلي لتقييمهم. يمكن رؤية *المبيضـــات* على عينة عنق الرحم ولكنها عادة ما تتداخل مع التقييم فقط إذا كان هناك أعداد مفرطة من الخلايا المتقيّحة أو المبيضــات الزائفة و الأبواغ. العلاج ضـروري فقط إذا كانت الأعراض موجودة أو إذا لم يتم تقييم علم الخلايا بشكل كاف.

ويمكن أيضاً مشاهدة *المشعرة المهبلية* على عينة من عنق الرحم ؛ ومع ذلك، فإنه دائما يستحق أن تؤخذ المسحة المهبلية أو اختبار تضخيم الحمض النوويNAAT حيث أن النتائج الإيجابية الكاذبة قد تحدث مع علم الخلايا.

5. *لا يوجد عنصر من بطانة عنق الرحم*. هناك جدل مستمر حول ما إذا كانت العينة الكافية من علم الخلايا تحتاج إلى احتواء بطانة عنق الرحم و/أو خلايا الحؤول. في الواقع، فإن العينات الوحيدة التي يمكن الحكم عليها بشكل مؤكّد على أنّها كافية هي تلك التي تحتوي على خلايا غير طبيعية. يشير وجود خلايا عنق الرحم/الشاذة إلى أنّه تمّ أخذ عينة من التقاطع العمودي الحرشفي، إما جزئيًا أو كليًا.

في المملكة المتحدة، يجب إحالة النساء لإجراء تنظير المهبل بعد ثلاث عينات غير كافية على التوالي من أجل استبعاد السرطان الغازي، حيث أن النتائج غير الكافية قد تكون مرتبطة مع الآفات التي لا تسلط الضوء على الخلايا.

عينات التهاب الخلايا

عينات التهاب الخلايا أقل شيوعا في الوقت الحاضر؛ ومع ذلك، تستخدم بعض مختبرات علم الخلايا هذا المصطلح ليعني خلايا الجسم المتقيحة مما يشير إلى الالتهاب والعدوى المحتملة. ومع ذلك، فإنه يشير بشكل أكثر شيوعًا إلى شذوذ نووي غير كاف لوصف خلل النوى. إذا كان هناك دليل طبي من التهاب عنق الرحم أو لاحظت المريضة زيادة في الإفرازات ، إما تحقق من العدوى (*الكلاميديا والسيلان*) في الجراحة أو يفضل الرجوع إلى الطب البولي التناسلي GU. إذا كان عنق الرحم يبدو طبيعياً، كرّر العينة في غضون 3–6 أشهر. وغالباً ما تُشفى التغيرات الالتهابية دون العلاج بالمضادات الحيوية. إذا استمرت التغيرات الالتهابية، فتحقق من العدوى كما هو مذكور أعلاه وفكِّر في وصف جرعة من التتراسيكلين أو الأزيثرومايسين.

عدوى فيروس الورم الحليمي البشري (انظر أيضا الفصل 17)

فيروس الورم الحليمي البشري هو أكثر الفيروسات المنقولة جنسياً المسببة للعدوى شيوعاً. على الرغم من أن فيروس الورم الحليمي البشري يسبب الثآليل التناسلية، فإن معظم العدوى بفيروس الورم الحليمي البشري هي "تحت سريرية". « كشفت الدراسات التي أُجريت باستخدام طرائق شديدة الحساسية للكشف عن الدَّنا (DNA) الفيروسي (اختبار تضخيم الحمض النووي، مثل تفاعل البوليميراز المتسلسل) عن مستويات منخفضة من فيروس الورم الحليمي البشري في العديد من النساء الناشطات جنسياً. وهذا قد يكون واضحاً مع مرور الوقت أو يستمر دائماً. يمكن تشخيص عدوى فيروس الورم الحليمي البشري تحت السريرية في بعض الأحيان من خلال علم خلايا عنق الرحم عن طريق تحديد الخلايا التي تسمى "الخلايا

المقعرة". "الخلايا لديها نواة بارزة والسيتوبلازم يحتوي على هالة كبيرة حول النواة. تعتبر هذه المظاهر واسمة لعدوى فيروس الورم الحليمي البشري. بعض أنواع فيروس الورم الحليمي البشري، وخاصة النوعين 16 و 18، ترتبط بقوة مع ارتفاع درجة خلل تنسج عنق الرحم بالتنشؤ الظهاري العنقي (CIN II/III) والسرطان. في المملكة المتحدة، يتم إجراء اختبار فيروس الورم الحليمي البشري "عالي الخطورة" على عينات من عنق الرحم والتي تظهر تغيرات حدّية أو خفيفة في خلل النوى. وجود أو عدم وجود فيروس الورم الحليمي البشري يحدّد ما إذا كان ينبغي أن يكون هناك إحالة فورية لفحص المهبل أو الاستدعاء الروتيني (انظر أدناه).

الشذوذ النووي

يعني هذا أن نواة الخلية شاذة. يوجد ثلاث درجات من الشذوذ النووي: خفيف، متوسط، شديد. المصطلحات النسيجية البديلة هي خلل التنسج الخفيف والمعتدل والشديد أو الأكثر شيوعًاCIN I و II و III. مفهوم عسر النوى من الصعب جداً تفسيره بالمصطلحات البسيطة. مصطلح "ما قبل السرطان"، على الرغم من أنه صحيح نظرياً، إلا أنه مبالغ به وغالباً ما يسبب القلق. إن "شذوذ الخلايا غير السرطانية ولكن التي قد تتطور في عدد قليل من النساء إلى السرطان على مدى سنوات عديدة" هو إلى حد ما مستفيض ولكنه دقيق بوضوح مع التركيز على "غير" و "قد" و "قليل" و "عديدة" حيث يميل إلى تجنب ترك المريضة مع الشعور بالموت الوشيك. وإنّه لمن الصعب تحقيق التوازن الصحيح بين إثارة قلق لا لزوم له والإفراط في الشعور براحة نفسية. إن ملاءمة صياغة الكلمات مع المريض الفردي أمر أساسي.

وينبغي إحالة النساء اللاتي لديهن عيّنات من فحص الخلايا تظهر خلل في النوى بدرجة متوسطة أو حادة على الفور لإجراء فحص المهبل.

في الولايات المتحدة، يتم تصنيف خلايا عنق الرحم التي تظهر أدلة على عدوى فيروس الورم الحليمي البشري، أو تحتوي تغيرات حدية أو خلل النوى الخفيف على أنها آفات ظهارية حرشفية منخفضة الدرجة (LGSIL). يتم تصنيف خلل النوى المتوسط والحاد على أنّه آفات ظهارية حرشفية عالية الدرجة (HGSIL). يستخدم مصطلح الخلايا الحرشفية اللانمطية غير الخطيرة (ASCUS) للخلايا التي تعتبر غير طبيعية ولكنها ليست متفاعلة بشكل واضح وليست قابلة للتنسج. وقد أثار التصنيف أعلاه، المعروف باسم "نظام بيثيسدا" بعض الجدل، ولا سيما فيما يتعلق بدمج عدوى فيروس الورم الحليمي البشري مع خلل النوية الخفيف.

التغيرات النووية الحدّية و الشذوذ النووي الخفيف

تشير التغيرات النووية الحدية والتغيرات الحدية لخلل النوى من الدرجة المنخفضة إلى شذوذ نووي لا يكفي للوصف بالشذوذ النووي. يمكن العثور على التغيرات النووية الحدودية في وجود عدوى فيروس الورم الحليمي البشري وفي ارتباط مع التغيرات الالتهابية، مثل التهاب عنق الرحم. في المملكة المتحدة، يتم فحص جميع عينات الخلايا التي تظهر تغييرات حدية أو خلل النوى منخفض الدرجة للكشف عن فيروس الورم الحليمي البشري "عالي الخطورة". ينصح بتنظير المهبل إذا تمّ الكشف عن فيروس الورم الحليمي البشري "عالي الخطورة" بينما النساء اللواتي لديهن نتائج فحص سلبية يعدن للفحص الروتيني.

التنظير المهبلي

أفادت عدة دراسات عن وجود مستويات عالية من القلق بين النساء اللاتي يترددن على عيادات التنظير المهبلي. ولا شكّ أنّ تقديم معلومات دقيقة والشرح الدقيق لكيفية إجراء تنظير المهبل وما يمكن ان يحدث يساعدان بلا شك على تخفيف حدة القلق. في المملكة المتحدة، سيتم إحالة النساء لفحص المهبل إذا تم العثور على تشوهات خلوية خفيفة مع فيروس الورم الحليمي البشري " بدرجة عالية الخطورة" في علم الخلايا أو إذا كانت هناك نتيجة واحدة في علم الخلايا تظهر درجة عالية من خلل النوى (أي متوسطة أو شديدة). ينبغي تناول النقاط التالية في وقت الإحالة.

1) أوضحوا ان منظار المهبل هو مجرد جهاز تكبير يتيح فحص عنق الرحم بتفاصيل أكبر. ومن الجدير بالذكر أن منظار المهبل لا يدخل المهبل، وهذا الإجراء يشبه إجراء "مسحة" عنق الرحم. يتم استخدام محلول خل ضعيف (عادة 5 ٪ حمض الخليك) للمساعدة في إظهار المناطق غير الطبيعية (CIN) ودليل على عدوى فيروس الورم الحليمي البشري) على عنق الرحم وهذا يلدغ قليلا في بعض الأحيان. تُطمأن النساء اللواتي لديهن عنق الرحم طبيعي بالتنظير المهبلي ويعدن إلى الطبيب العام لإعادة فحص خلايا عنق الرحم في 3 أو 5 سنوات. ويمكن إعفاء النساء اللائي تبلغ أعمارهن 60 سنة أو أكثر من برنامج الفحص.
2) يمكن إجراء تنظير المهبل أثناء الحمل ويجب التشجيع على ذلك بحيث يمكن تقييم التشوهات واستبعاد الأورام الخبيثة. لا يتم إجراء الخزعة و/أو العلاج أثناء الحمل إلا إذا كان هناك اشتباه بالسرطان.
3) إذا شوهد شذوذ في تنظير المهبل، يمكن أخذ خزعة، وعادةً دون تخدير موضعي. في بعض الأحيان تشعر بعض النساء بألم حاد قصير أثناء أخذ الخزعة بينما تجد أخريات هذا غير مريح أو خالي من الألم بشكل مشابه لإحساس قرصة صغيرة. بعض أطباء التنظير يحقنون كمية صغيرة من المخدر الموضعي قبل الخزعة. هذا غير مريح قليلاً فقط لكنه يضمن أن بقية العملية هي عملياً غير مؤلمة. عادة ما يتم كي موقع الخزع باستخدام معجون (كبريتات الحديد القاعدية أو معجون مونسل) أو مع نترات الفضة. وهذا غالباً ما يسبب تفريغ فوضوي إلى حد ما لبضعة أيام ولكنه يساعد على الحد من احتمال حدوث نزيف حاد.

4) إذا رأى طبيب المهبل تغييرات منخفضة الدرجة فقط، يمكن علاج المريض بتحفظ بدون خزعة. ويوصى بتكرار فحص خلايا عنق الرحم في 12 شهراً.

5) بعد أخذ خزعة بعض النساء يعانين من آلام تشبه آلام الدورة الشهرية والتي قد تستمر لعدة ساعات. وعادة ما يتم تخفيف ذلك عن طريق الباراسيتامول أو الإيبوبروفين.

6) قد يكون هناك بقع دم لبضعة أيام بعد أخذ خزعة. يجب تجنب الجماع الجنسي حتى يتوقف البقع.

7) وعادة ما يتم إبلاغ المريض بنتيجة الخزعة كتابةً وقد يُطلب منه العودة للعلاج إذا لزم الأمر. بعض الأطباء يفضلون "الرؤية والعلاج" في أول زيارة للعيادة إذا شوهدت تغييرات عالية الدرجة. وهذا يتضمن عادة إجراء عملية استئصال كبيرة لمنطقة التحول (LLETZ).

8) وتوفّر معظم عيادات فحص عنق الرحم نشرات معلومات محلية للمرضى، ترسل في الموعد المحدد، وترسل نشرات برنامج فحص عنق الرحم التابع لدائرة الصحة الوطنية إلى النساء مع نتائج فحص الخلايا لديهن.

في المملكة المتحدة، ينصح بإجراء تنظير المهبل للمجموعات التالية:

- ثلاث عينات غير كافية على التوالي
- عينة واحدة من خلايا عنق الرحم تظهر التغيرات النووية الحدية في الخلايا الحرشفية أو خلل النوى منخفض الدرجة مع الكشف عن فيروس الورم الحليمي البشري "عالي الخطورة"
- عينة واحدة من خلايا عنق الرحم تظهر التغيرات النووية الحدية في الخلايا العنقية (الغدية).

_ تكررت ثلاث عينات من فحوص خلايا عنق الرحم غير طبيعية في أي درجة خلال فترة 10 سنوات

_ وأظهرت عينة واحدة من فحوص خلايا عنق الرحم ارتفاع درجة خلل النوى (متوسط أو حاد)

_ عينة لخلايا عنق الرحم تظهر خلل حاد في النوى؟ غازي.

- عينة واحدة لفحص خلايا عنق الرحم ؟ التنشؤ الورمي الغدي .

علاج التنشؤ الورمي الظهاري العنقي

على الرغم من أن هذا سيختلف من وحدة إلى وحدة، الاستئصال الكبير لمنطقة التحول LLETZ هي الطريقة المعتادة المستخدمة لعلاج التنشؤ الظهاري العنقي CIN. وعادةً ما يتم ذلك تحت التخدير الموضعي (بدلا من التخدير العام) وقد تبيّن أنه إجراء آمن وفعال مع عدم وجود تأثير لاحق على الحيض أو الخصوبة. ومع ذلك، هناك دراسات تبين أن علاج عنق الرحم قد يضع المرأة في خطر أكبر لولادة طفل بوزن منخفض أو الولادة المبكرة في حالات الحمل في المستقبل. ينصح بفحص خلايا عنق الرحم في 6 أشهر بعد العلاج. ويوصى بإجراء فحص المهبل مرة أخرى إذا كانت العينة سلبية أو تظهر خلل النوى الخفيف أو الحدي أو كانت إيجابية لفيروس الورم الحليمي البشري "عالي الخطورة".

الفصل الثاني عشر

عسر التبول عند الشباب

مقدمة

إن السبب الأكثر شيوعًا لعسر التبول عند الذكور الشباب النشطين جنسيًا هو التهاب الإحليل وليس التهاب المثانة والسبب الأكثر شيوعًا لالتهاب الإحليل هو المتدثرة الحثرية. تشمل الأعراض المصاحبة لالتهاب الإحليل "تهيج مجرى البول" ، وعسر التبول ، وإفرازات مجرى البول ، والتي قد لا يلاحظها المريض ، وتكرار هذه الأعراض (الشكل 12.1). فيما يلي أسباب التهاب الإحليل:

- المتدثرة الحثرية (تصل إلى 40٪ تقريبًا).
- Mycoplasma genitalium (حتى 25٪)
- Ureaplasma biovar type 2 (المعروف سابقًا باسم ueaplasma urealyticum) (ربما 10-20٪).

لا يزال هناك بعض الجدل حول دور ureaplasmas في التهاب الإحليل.

يشكل ما يلي نسبة مئوية صغيرة فقط من الحالات ، وبالتالي فإن معظم حالات التهاب الإحليل غير النوعي (NSU) تكون غير محددة السبب ، مع عدم تحديد كائن حي معين مسبب للمرض.

- المشعرات المهبلية
- فيروس الهربس البسيط
- الإشريكية القولونية (تسبب عادةً التهاب المثانة على الرغم من توثيقها كسبب لالتهاب الإحليل لدى الرجال المثليين جنسياً)
- الفيروس الغدي (المكتسب عن طريق الجنس الفموي من شريك مصاب بعدوى البلعوم بالفيروس الغدي) - يظهر عادةً مع عسر التبول الحاد ، كما هو الحال مع التهاب الإحليل بعدوى الهربس.



الشكل 12.1 إفرازات إحليلة مخاطية بسبب عدوى الكلاميديا

- النيسرية السحائية وأنواع المبيضات هي أسباب غير شائعة .
- الرضوض (على سبيل المثال بعد القثطرة ، بعد إدخال قلم رصاص أو قلم حبر) وتضيق ما بعد الإحليل.
- ارتكاس لعوامل محددة (على سبيل المثال ، قد يترافق التهاب المفاصل التفاعلي التالي للزحار مع التهاب الإحليل). هذا ليس مكتسبًا جنسيًا.

الاستقصاءات

لتشخيص التهاب الإحليل يجب إجراء الفحوصات التالية:

1. تلوين جرام للمسحة الإحليلية: يتم إدخال مسحة صغيرة ماصة أو حلقة بلاستيكية في الصماخ المفتوح ويتم مسح الإحليل البعيد برفق. ثم يتم نقل الإفرازات إلى شريحة مجهرية لتلوين جرام والفحص المجهري. يعد وجودأكثر من 4 أشكال متعددة لكل مجال عالي القدرة (HPF = × 1000 تكبير) تشخيصًا لالتهاب الإحليل.
2. Two – glass urine test: يطلب من المريض تمرير أول 20–50 مل من البول في كوب والجزء الثاني من البول في كوب آخر (يمكن تمرير أي بقايا بول في المثانة إلى المبولة) . يشير وجود "خيوط" أو "بقع" من القيح في الكوب الأول مع كوب ثاني واضح غيرعكر إلى التهاب الإحليل الأمامي. إن وجود القيح في كلا الزجاجتين يشير إلى التهاب الإحليل الخلفي أو التهاب المثانة. إذا كانت هذه هي الحالة ، فأرسل الزجاجة الأولى أو MSU إلى المختبر للزرع. إن المرضى الذين يعانون من إفرازات غزيرة بسبب NSU أو السيلان قد يظهر لديهم القيح أيضاً في كلا الزجاجتين ؛ ولكن سيكون القيح في هذه الحالة أكثر بكثير في الزجاجة الأولى

البيلة الفوسفاتية هي سبب شائع للبول العكر وقد يتم الخلط بينها وبين البيلة القيحية. ستؤدي إضافة حمض الأسيتيك إلى وضـوح مظهر البول بسـرعة في حالة وجود الفوسـفات ؛ إذا بقِي البول غائمًا عكراً ، فإن البيلة القيحية هي السـبب المحتمل لعكارة البول

الطريقة الأكثر علمية لتشخيص التهاب الإحليل من أول عينة بول يتم جمعها هي صـبغة جرام وإجراء الفحص المجهري على الرواسـب البولية التي ظهرت بواسـطة الطرد مركزي. يشـير وجود ≤10 أشـكال متعددة في أي من خمسـة مجالات عشـوائية (× HPF=1000 تكبير) إلى التهاب الإحليل. اقترحت بعض الدراسـات أن فحص البول قد يكون طريقة أكثر حساسية للكشف عن التهاب الإحليل الخفيف من صبغة جرام للمسحة الإحليلية.

لا يعتبر اختبار dipstic البول لكريات الدم البيضـاء (اختبار إستراز الكريات البيض) حساسًا بشكل خاص لتشخيص التهاب الإحليل ولكن له قيمة تنبؤية سلبية جيدة.

يمكن تفويت حالات التهاب الإحليل الخفيف إذا كان المريض قد تبول مؤخرًا قبل إجراء الفحوصـات المذكورة أعلاه. لهذا السـبب ، يجب أن يُطلب من المرضـى عدم التبول لمدة 3 سـاعات على الأقل قبل التقييم. إذا كان التاريخ يشـير إلى التهاب الإحليل وأثبتت الفحوصات الأولية سلبية النتائج ، فيجب إجراء الاختبار المتكرر في الصباح الباكر ، بعد أن احتفظ المريض ببوله طوال الليل.

3. كلما أمكن ، يجب أخذ مسـحة من إحليلية أو عينة من البول للكشـف عن الكلاميديا ، حيث قد تكون عدوى المتدثرة موجودة في غياب التهاب الإحليل الواضـح. الاختبار المختار هو اختبار تضـخيم الحمض النووي (NAAT). ومع ذلك ، فإن العثور على الكلاميديا لا يغير من تدبير المريض، إن الأزيثروميسـين أو التتراسـيكلين هما علاجات الخط الأول لكل من Chlamydia –positive وChlamydia –negative NSU.
4. التهاب الإحليل بالمكورات البنية أقل شـيوعًا بكثير من NSU(التهاب الإحليل غير النوعي) ، ولكن يجب أخذ مسـحة احليلة من أجل زرع N. gonorrhoeae. على الرغم من أن urine/urethral NAAT يكتشـف كل من عدوى الكلاميديا والمكورات البنية ، إلا أن زراعة النيسرية البنية مطلوبة لتوفير اختبار الحساسية للمضادات الحيوية. تذكر أن gonococcus حساسة بشكل خاص وقد لا تبقى على قيد الحياة لفترة طويلة ريثما يتم البدء في استخدام وسائل الزرع المحددة. إذا كان من المحتمل أن يكون هناك تأخير اثناء التحضير يجب وضع المسحة في الثلاجة بدلاً من الاحتفاظ بها بدرجة حرارة الغرفة. ومع ذلك ، إذا تم اعتبار مرض السيلان تشخيصًا محتملاً ، فيجب إحالة المريض إلى قسم GU بحيث يمكن وضع المسحات في وسط الاستزراع المناسب واحتضانها قبل نقلها إلى المختبر. ويمكن أيضا معالجة المسألة الهامة المتعلقة بتعقب الاتصال مع المخالطين.
5. معظم مختبرات NHS (هيئة الخدمات الصحية الوطنية) غير قادرة في الوقت الحالي على إجراء اختبار روتيني لعدوى Mycoplasma genitalium

6. إرسال MSU أو عينة بداية التبول من أجل الفحص المجهري والزرع إذا كان اختبار البول المكون من زجاجتين يشير إلى التهاب الإحليل الخلفي / التهاب المثانة أو اختبار dipstix البول يظهر وجود النيتريت أو الدم.

تدبير التهاب الإحليل غير النوعي

لا تتمتع معظم عيادات الممارسـين العامين بإمكانية الوصـول إلى الفحص المجهري الفوري وقد يكون هناك تأخير في نقل عينات الأحياء الدقيقة إلى المختبر ؛ لذلك ، يجب إحالة المرضـى الذين يعانون من التهاب الإحليل المشـتبه به إلى قسـم GU للتقييم. يعتبر التهاب الإحليل مشكلة ملحة تتطلب اهتمامًا فوريًا. من المستحسن إجراء مكالمة هاتفية إلى العيادة قبل قدوم المريض ، على أي حال إن معظم العيادات لديها نظام تحديد المواعيد .

يجب أن يكون علاج الخط الأول لـــ NSU إما باستخدام التتراسيكلين (على سبيل المثال الدوكسيسيكلين 100 مجم لمدة 7 أيام) أو أزيثروميسين 1 جم ستات.

يقوم بعض الأطباء بوصـف جرعة لفترة أطول من الأزيثروميسـين (على سـبيل المثال 1 جم أو 500 مجم سـتات متبوعًا بـــ 250 مجم يوميًا لمدة 4-6 أيام) لأن هذا فعال ضد عدوى المتدثرة ويعالج عدوى المفطورة التناسلية بشكل أكثر فعالية من جرعة واحدة.

أوفلوكسـاسـين 200 مجم أو 400 مجم مرة واحدة يوميًا لمدة 7 أيام هو خيار علاج بديل للخط الثاني. يجب تقييم الشركاء الجنسيين ووصـف مضـاد حيوي ، أي التتراسيكلين أو أزيثروميسين ، حتى في حالة عدم وجود عدوى. إن احتمال عدم تشـخيص عدوى المتدثرة مع التطور اللاحق لعدوى الحوض غير المصـحوبة بأعراض يؤدي إلى العقم أو الحمل خارج الرحم تستدعي مثل هذه السياسة في العلاج.

يجب إعادة تقييم المرضـى بعد العلاج لضـمان التأكد من فعالية العلاج على الرغم من أن بعض الممارسـين يوصـون بالمراجعة فقط إذا اسـتمرت الأعراض. قد يكون النقص الأولي في الاسـتجابة للعلاج ناتجًا عن ضـعف الامتثال للعلاج أو الإصابة مرة أخرى أو العدوى المستمرة. إذا كان الثبات على نفس الأعراض أمرًا محتملًا ، فيوصى باستخدام خطة علاجية أطول من الأزيثروميسـين ، كما هو مفصـل أعلاه ، أو خطة 3 أسـابيع من الإريثروميسـين 500 مجم يومياً . يجب تناول هذه الأدوية مع ميترونيدازول 400 مجم مرتين في اليوم لمدة 5 أيام. يجب التنويه على الحاجة إلى تجنب الاتصـــال الجنسـي حتى يتم تقييم الشـركاء وعلاجهم وتقديم المشـورة ضـد الفحص الذاتي المتكرر والاسـتمناء والأطعمة الغنية بالتوابل والكحول المفرط الذي قد يؤدي إلى تفاقم الأعراض.

تم اسـتخدام موكسـيفلوكسـاسـين 400 مجم يوميًا لمدة 10-14 يومًا بنجاح في المرضـى الذين يعانون من التهاب الإحليل المستمر ، ربما بسبب الفعالية العالية ضد الميكوبلازما التناسلية. في ضوء السمية الكبدية المحتملة المرتبطة

بالموكسيفلوكساسين ، يحتفظ بعض الممارسين بهذا العلاج للمرضى الذين يعتبرون معرضين لخطر الإصابة بالمتفطرة التناسلية المقاومة للماكرولايد. قد يحتاج المرضى الذين يعانون من أعراض مستمرة مع دليل موضوعي على التهاب الإحليل إلى إجراء تنظير الإحليل أو الموجات فوق الصوتية للإحليل أو مخطط الإحليل ، خاصةً إذا كانت هناك أعراض لتدفق البول غير الطبيعي.

التهاب الإحليل المتكرر

يعاني عدد قليل من الرجال من نوبات متكررة من NSU. سينتج بعض هذه الحالات عن الإصابة مرة أخرى من شركاء جدد أو غير معالجين سابقًا ؛ ومع ذلك ، فإن تكرار التهاب الإحليل دون اتصال جنسي أو في علاقة حيث يكون الشريك الجنسي قد تلقى العلاج أمر معروف جيدًا. تشير الدلائل المستجدة على أن المتفطرة التناسلية قد تستمر بعد العلاج بجرعة واحدة من أزيثروميسين مما يشير إلى أنه ينبغي النظر في إعادة علاج المريض وشريكه بخطة علاجية مطولة من أزيثروميسين في الحالات التي يتكرر فيها التهاب الإحليل بعد العلاج.

سيعيد معظم الأطباء علاج الذكور الذين يعانون من أعراض ، على الرغم من أن الخطط العلاجية السابقة من التراسيكلين والأزيثروميسين والميترونيدازول تقلل بشكل كبير من احتمال الإصابة المستمرة. يُعتقد أن بعض حالات التهاب الإحليل المتكرر ترجع إلى "فرط الحساسية المناعية" لعدوى سابقة تؤدي إلى استجابة التهابية مستمرة.

تدبير السيلان

يجب إحالة المرضى المصابين بالسيلان إلى عيادة الطب GU للعلاج والمتابعة وتتبع الاتصال (**الشكل 12.2**). إذا كان هناك تأخير قبل رؤية المريض وقدرمه الى العيادة ، ففكر في العلاج باستخدام سيفترياكسون 500 مجم إم سويًا مع أزيثروميسين 1 جم عضلياً ثم الرجوع إلى عيادة الطب GU للمتابعة وتتبع الاتصال. ومن ثم الانتقال إلى استخدام جرعة عالية من السيفالوسبورين. يُلاحظ الآن السيلان المقاوم للبنسلين والسيبروفلوكساسين في المملكة المتحدة "، يجب أن تقدم المختبرات تفاصيل عن حساسيات المضادات الحيوية لزرع المكورات البنية. يجب على المرضى إعادة إجراء "اختبارات الشفاء" بعد العلاج ومتابعة القضايا المتعلقة بإخطار الشريك.



الشكل 12.2 إفرازات مجرى البول المخاطية بسبب السيلان

تدبيرالتهابات المسالك البولية

كما ذكرنا أعلاه ، من المرجح أن يكون عسر اللتبول عند الذكور الناشطين جنسياً بسبب التهاب الإحليل أكثر من التهاب المثانة أو التهاب المسالك البولية. إذا كان تشخيص عدوى المسالك البولية هو التشخيص الأكثر احتمالاً ،ففكرفي العلاج بالمضادات الحيوية التي تحقق تركيزات علاجية في البروستات (مثل تريميثوبريم ، نورفلوكساسين ، سيبروفلوكساسين).

الرجال المصابون بالتهاب الحويضة والكلية الحاد أو الذين يعانون من أكثر من نوبة واحدة من التهاب المثانة يحتاجون إلى فحص المسالك البولية.

نقاط مهمة

- ضع في اعتبارك تشخيص التهاب الإحليل بدلاً من التهاب المثانة لدى الرجل "غير المتزوج" النشط جنسيًا المصاب بعسر التبول. يجب أيضًا الشك بالتهاب الإحليل في الرجل المتزوج أو المتعايش ولكن يجب المضي قدمًا بحذر أكبر!
- يجب أن تشمل الفحوصات الأولية صبغة جرام للمسحة الإحليلية واختبار زجاجتَي البول. إذا كان كلا الكوبين من زجاج اختبار البول يحتويان على قيح ، فأرسل الكوب الأول أو MSU للفحص المجهري والزرع وعلاجه على أنه التهاب المثانة.
- نظرًا لأن الفحص المجهري غير متوفر بشكل عام في عيادة الممارس العام ، يجب إحالة المريض إلى عيادة الطب في GU لإجراء تقييم عاجل. يمكن أيضًا معالجة تتبع المخالطين واغتنام الفرصة لتوفير التثقيف الصحي والمعلومات حول الحالة.

- تذكر أن "تتبع الاتصـال" أو "إخطار الشريك" يتضـمن أكثر من توفير المضـادات الحيوية للشريك الجنسـي. يجب تقييم الشركاء سريريًا ويجب معالجة إمكانية مشاركة شركاء جنسيين آخرين.
- النظر في تشخيص التهاب الإحليل لدى الرجال والنساء الذين يعانون من عسر التبول و MSU يظهر بيلة عقيمة
- NSU مكتسب جنسيًا في معظم الحالات. و يجب تقييم الشركاء الجنسيين وعلاجهم.
- على الرغم من أن هذا الفصـــل قد ركز على الرجال الذين يعانون من عســـر التبول ، ولكن تذكر أن كلا من المكورات البنية و NSU على وجه الخصـوص قد تكون بدون أعراض. قد ينقل هؤلاء الأفراد العدوى عن غير قصـد إلى شـركاء جنسيين ويعملون كناقلين مهمين للمرض داخل المجتمع.

الفصل الثالث عشر

التهاب البروستات، متلازمة الألم الحوضي المزمن، والمني المدمى

مقدمة

الرجال المصابون بالتهاب البروستات يتوجهون عادةً إلى طبيب الجهاز البولي التناسلي أو جراح المسالك البولية. ورغم شيوع هذه الحالة، إلا أنها غالباً صــعبة التحديد، التشــخيص والعلاج. ســاعد نظام التصــنيف الذي طوّر من قبل المعاهد الوطنية للصــحة [NIH] في توضــيح معايير التشــخيص وأصــبح من المقبول الآن أن أقلية فقط من الرجال المصــابين بالتهاب البروستات لديهم عدوى بكتيرية (نمط1 ونمط2).

التصنيف على النحو التالي:

- التهاب البروســتات الجرثومي الحاد (Type I) ويمثل أقل من 1%من الحالات وتظهر عادةً مع حمى، قشــعريرة، تعدد البيلات، عسر تبول أو تقاطر بول مؤلم، وألم المسقيم. الفحص يكشف احمرار، وتورم غدة البروستات.
- التهاب البروستات الجرثومي المزمن (Type II) وهو أكثر صـعوبة بالتشـخيص سريرياً. الأعراض تتضـمن انزعاجاً أو ألماً في منطقة العجان أو فوق العانة ينتشر أحياناً إلى الخصيتين والقضيب. وقد يترافق مع عسر التبول، تعدد البيلات، وألم ما بعد القذف. التهاب البروستات الجرثومي المزمن ربما يظهر أيضاً نتيجة لعدوى السبيل البولي المتكررة. الفحص المسـتقيمي يكشــف بعض الاحمرار وبروســتات طرية أو عقيدية. يعتبر التهاب البروســتات الجرثومي المزمن الحقيقي مسؤولاً عن 5% تقريباً من حالات التهاب البروستات العرضي. أشيع سبب لالتهاب البروستات الجرثومي هي الإشريكية الكولونية (50ــــــ80% من الحالات). وتشــمل الكائنات الحية المســببة الأخرى الجراثيم المعوية (مثلاً الكليبســيلا والبروتيوس)، أنواع المكورات المعوية، العصيات سلبية الغرام غير المخمرة (مثلاً أنواع الزائفة الزنجارية)، أنواع المكورات العنقودية والمكورات العقدية.
- متلازمة الألم الحوضي المزمن (Type III) وهو ينقسم إلى التهابي (النمط IIIa. المعروف سابقاً باسم التهاب البروستات الجرثومي المزمن) حيث نجد كريات بيضاء في المني أو في البول بعد تدليك البروستات، وغير التهابي (النمط IIIb

المعروف سـابقاً باسـم ألم الموثة). النمط IIIa وIIIb ذو انتشـار متسـاو وقد يكون نفس الحالة. عادةً الرجال المصـابون بمتلازمة الألم الحوضـي المزمن متوسطي العمر ويعانون من ألم في العجان أو الأعضـاء التناسلية استمر لعدة أسابيع أو أشــهر. يعد الألم أســاسـياً في التشــخيص وعادةً ما يكون متغيراً في شــدته ومنتشــر على نطاق واســع في مناطق الأعضــاء التناسـلية، والعجان، والحوض. قد يكون هناك أعراض بولية مصــاحبة مثل تعدد البيلات، تغير تدفق البول، وإلحاح البول واضطراب جنسي من عدم الراحة في القذف.

- التهاب البروســتات الالتهابي بدون أعراض (Category IV) يظهر بأعراض مشـابهة ويحدد من خلال تحليل السـائل المنوي غير الطبيعي، ارتفاع مستضد البروستات النوعي [PSA]، أو دليل على تغيرات التهابية في خزعة البروستات.

أسباب أخرى *تشبه التهاب البروستات* بالأعراض هي كما يلي:

- خلل تنســج عنق المثانة (عدم التناســق العضــلي) قد تظهر بتعدد البيلات، إلحاح البول، تقاطر البول بعد التبول. التشخيص عادةً بدراسة تدفق البول.
- توتر قاع الحوض العضـلي يظهر بتعدد البيلات، إلحاح البول، عدم ارتياح بالمنطقة العجانية ويوجد ألم بجس العضلة الرافعة العانية.
- ألم العصب الفرجي قد يظهر بألم بالمنطقة العجانية والتناسلية.
- الكيسـة السـحائية العجزية الحميدة قد أبلغ عنها كسـبب لألم المنطقة التناسـلية وأفضـل طريقة لتصـويرها هي تصــوير الرنين المغناطيســي من العمود الفقري القطني العجزي. على أي حال، ربما من الحكمة التفكير في البحث عن رأي طبيب عصبية أو طبيب مسالك بولية قبل الشروع بالاستقصاءات المكلفة.

الاستقصاءات

- ✓ إن تشخيص التهاب البروستات المزمن قد يكون صعباً في الممارسة العامة. *دراسات تعيين الموضع* لم تعد ضرورية حيث تم العثور على نســبة مماثلة من الضــوابط الطبيعية تحتوي على زرع إيجابي من إفراز البروســتات عند مريض متلازمة الألم الحوضـــي المزمن. يجب إجراء زرع بول لعينة منتصـــف التبول لأن هذا قد يكون إيجابياً لدى بعض المرضى المصابين بالالتهاب البروستات نمط 2.
- ✓ يجب أن تكون الموجات فوق الصـوتية عبر المسـتقيم ضـرورية فقط في حال الاشـتباه بوجود خراج البروسـتات أو كجزء من دراسة بحثية.
- ✓ المعاهد الوطنية للصحة [NIH] ـــــ فهرس أعراض التهاب البروستات المزمن هو استبيان تم التحقق من صحته يسجل الاضطرابات المتعلقة بالألم، الإفراغ، ونوعية الحياة.
- ✓ الدرجة الإجمالية القصوى هي 43، وانخفاض 6.4 نقاط (أو 25%) بعد العلاج يرتبط بتحسن كبير سريرياً.

العلاج

يجب الإسراع باستشارة طبيب المسالك البولية للمرضى الذين يعانون من التهاب البروستات الحاد. عادةً ما تكون الحالة ناتجة عن مسببات الأمراض البولية الشائعة ويتم علاجها بشكل أفضل باستخدام تريميتوبريم أو فلوروكينولون مثل سيبروفلوكساسين أو أوفلوكساسين. عادةً ما يكون العلاج الوريدي مطلوباً في البداية ويجب أن يستمر العلاج بالمضادات الحيوية عن طريق الفم لمدة تصل إلى 6 أسابيع.

التهاب البروستات الجرثومي المزمن يتطلب المضادات الحيوية التي تتمكن من العبور بسهولة إلى البروستات. الخطة العلاجية 6ـــ8 أسابيع من سيبروفلوكساسين (500ملغ مرتين يومياً) أو أوفلوكساسين 400ملغ يومياً يجب أن يوضع بالاعتبار. التريميتوبريم أقل فعالية في هذه الحالة.

المريض المصاب بمتلازمة الألم الحوضي المزمن غالباًمن الصعب علاجه. تم الإبلاغ عما يلي على أنه من المحتمل أن يكون مفيداً.

- يشير التحليل التلوي[meta analysis] الأخير للدراسات إلى أن العلاج المضاد للميكروبات قد يكون مفيداً. أوفلوكساسين أو سيبروفلوكساسين، لمدة 4ـ6 أسابيع، هي اختيارات معقولة. الدوكسيسايكلين (100ملغ مرتين يومياً) له ميزة محتملة كمضاد للالتهابات بالإضافة إلى تأثير مضاد للجراثيم ويمكن تجربته إذا كانت الكينولونات غير فعالة. هذا النهج قد يكون مفيداً بشكل خاص للمريض الذي ظهرت عليه الأعراض مؤخراً.
- الأدوية المضادة للالتهاب اللاستيروئيدية أحياناً تعطى بنفس الوقت مثل المضادات الحيوية، إما عن طريق الفم، أو ربما يفضل، أن يكون ذلك على شكل تحاميل، ولكن الدليل على الفائدة محدود.
- بعض المرضى المصابين بمتلازمة الألم الحوضي المزمن لديهم انسداد في عنق المثانة والإحليل البروستاتي وقد يستفيدون من حاصرات ألفا (تامسولوسين، ألفوزوسين، تيرازوسين). ينصح بالعلاج لمدة 6ـــ12 أسبوع ويبدو أنه لدى المرضى الذين يعانون من أعراض لمدة أقصر والذين لم يتلقوا سابقاً حاصرات ألفا.
- جرعة منخفضة إلى متوسطة من amitriptyline (مثلاً 25ـ75ملغ)، gabapentin and pregabalin، كما تستخدم للسيطرة على الآلام المزمنة، قد تكون مفيدة ومضادات الاكتئاب (مثلاً فلوكسيتين) في حالة الاشتباه في عنصر اكتئابي.
- يجب التفكير بالعلاج الطبيعي لقاع الحوض في وقت مبكر من مسار الإدارة.

تشمل المناهج الأخرى للعلاج:

- فيناستريد(5ملغ يومياً). يستحق المحاولة إذا كان هناك دليل على وجود تضخم البروستات.

- البيوفلافونويد، كيرسيتين (500ملغ يومياً لمدة شهر) قد يكون مفيداً إذا كان الألم هو السمة الغالبة بدلاً من الأعراض البولية.
- مستخلص حبوب اللقاح (Cernilton) أبلغ عنه أن له خصائص مضادة للالتهاب ومضادة للأدرينالين وقد تم استخدامه بنجاح في بعض حالات متلازمة الألم الحوضي المزمن. ربما نحتاج لأن يستمر العلاج لبعض أشهر.
- استُخدم العلاج الحراري بالميكرويف عبر الإحليل للبروستات بنجاح متغير.

يجب البحث عن العوامل النفسية ومعالجتها بلباقة، ومراعاة استخدام الوخز بالإبر، والتنويم المغناطيسي أو الاسترخاء وتقنيات التخيل والعلاج السلوكي العرفي. الأكثر أهمية، يجب أخذ الوقت لشرح أن الحالة ليست سرطانية، ولن تؤثر على الخصوبة، ولا يمكن أن تنتقل أو تكتسب من خلال الاتصال الجنسي. التاريخ الطبيعي لمتلازمة الألم الحوضي المزمن غالباً متقلب والأعراض قد تختفي بمرور الوقت. في ملاحظة أخيرة، يجب النظر إلى الإحالة إلى عيادة الألم المزمن عند المرضى الذين يعانون من أعراض مستمرة.

المني المدمى

الدم في السائل المنوي هو حالة مقلقة وغالباً ما تثير مخاوف بشأن السرطان أو العدوى المنقولة جنسياً. من المهم التمييز بين القذف الملطخ بالدم والنزيف الجديد لكل مجرى البول (مثال، ثانوي لثآليل الإحليل البعيدة أو داخل مجرى البول) والآفات المؤلمة (مثال، اللجام الممزق). يلزم إجراء فحص دقيق للأعضاء التناسلية والبروستات وإجراء الاختبارات المناسبة للتحقق من التهاب الإحليل، بما في ذلك عدوى الكلاميديا والمكورات البنية، على الرغم من أن هذه النتائج سلبية في معظم الحالات. يجب قياس ضغط الدم وإجراء تحليل للبول لاستبعاد البيلة الدموية.

يحتاج الرجال الذين تقل أعمارهم عن 40 عاماً مع نتائج سلبية ولا توجد أعراض بولية أو تناسلية أخرى إلى الطمأنينة. قد تتكرر هذه الحالة ولكنها ستتوقف في النهاية. الرجال الذين تزيد أعمارهم عن 40 عاماً أكثر عرضة لخطر الإصابة بأمراض كامنة ويجب أن يخضعوا لمزيد من الاستقصاءات، بما في ذلك اختبار مستضد البروستات المحدد بعد الاستشارة المناسبة.

الفصل الرابع عشر

الألم داخل كيس الصفن

مقدمة

يحتوي كيس الصفن ومحتوياته على تغذية عصبية معقدة.

1. توفر الألياف الودية من T1 . T2تعصيب الخصية، الأسهر، والبربخ.
2. الألياف الجسمية من L1 . L2تعصب السطح الخارجي للخصية، الغلالة المهبلية، والجلد الأمامي من كيس الصفن.
3. الألياف الجسمية منS2 . S3 تعصب باقي جلد كيس الصفن.
4.

قد يكون الألم في كيس الصفن ناتجاً عن أمراض داخل الصفن أو ناتجاً عن الألم المشار إليه من الهياكل الحشوية أو الجسدية.

تشمل أسباب الألم الرجيع مايلي:

1. حصاة محشورة في الحالب السفلي.[Splanchnic L1]
2. فتق إربي صغير يضغط على العصب الفخذي التناسلي.
3. الآفات التنكسية في أسفل العمود الفقري الصدري والقطني العلوي.
4. التهاب الأوتار عند دخول الرباط الإربي في العانة.
5. أمراض الأعضاء التناسلية (مثال، البروستات، الحويصلات المنوية).
6. الخراجات السحائية العجزية الحميدة (انظر أيضاً التهاب الفرج صفحة 60).
7. تمدد الأوعية الدموية في الشريان الحرقفي الداخلي.

الإمراضية داخل كيس الصفن

التهاب البربخ

السبب الأكثر شيوعاً للألم الحاد داخل كيس الصفن عند البالغين هو التهاب البربخ الحاد. في الرجال النشيطين جنسياً الذين تقل أعمارهم عن 35عاماً، يحدث هذا بسـبب الكلاميديا التراخومية. يعاني المريض من *ألم في كيس الصـفن*، لكن غالباً يكون هناك التهاب إحليل مصـــاحب، والذي قد يكون بدون أعراض. في الرجال الذين تزيد أعمارهم عن 35عاماً، الســبب الأشيع لالتهاب البربخ هي البكتريا الأكثر شيوعاً في المسالك البولية مثل الإيكولاي، الزائفة الزنجارية، الكليبسيلا، البروتيوس.

الاستقصاءات

قد تعطي القصة السريرية عن الحياة الجنسية دليلاً على ما إذا كان من المرجح أن تنتقل الحالة جنسياً أو لاتنتقل عن طريق الاتصال الجنسي. في الذكور غير المتزوجين الأصغر سناً، النشيطين جنسياً، يجب أن يشمل التحقيق الأولي ما يلي (انظر أيضاً الفصل 13. الصفحة74)

- مسحة مجرى البول من أجل صبغة غرام (للبحث عن دليل على التهاب الإحليل).
- مســحة مجرى البول أو اختبار تضــخيم الحمض النووي في البول [NAAT] للكشــف عن الكلاميديا التراخومية والنيســيريا البنية. (اختبار الميكوبلازما التناسـلية حالياً غير متوفر بشـكل روتيني في العديد من المختبرات، على الرغم من أن هذا من المرجح أن يتغير في المستقبل القريب).
- اختبار تحليل البول وزرع البول. وجود الكريات البيضـــاء، البروتين، النتريت أو الدم يقترح التهاب المثانة. في حالات من التهاب الإحليل، تحليل البول قد يظهر أو لايظهر وجود الكريات البيض فقط.

في الفئات العمرية *الأكبر سناً*، زرع البول لعينة منتصـف التبول MSU ربما تكون كافية، على الرغم من ذلك رجاءً تذكر بأن الرجال الأكبر أيضاً معرضين لخطر اكتساب العدوى عن طريق الجنس.

العلاج

الذكور الشـباب النشـطين جنسـياً المصـــابين بالتهاب البربخ يجب أن يحالوا إلى طبيب الجهاز البولي التناســلي من أجل الاستقصاءات الطارئة. إذا تم العثور على دليل على التهاب الإحليل أو أن السبب الذي ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي يعتبر مرجحاً أن يعالج بمضـاد حيوي فعال ضـد الكلاميديا التراخومية، مثل التتراسـكلين) مثال، Doxycycline 100ملغ مرتين يومياً .(يجب مراجعة المريض في غضون أسبوع أو أقل إذا ساءت الأعراض. إذا كان هناك تحسن سريري، يجب أن يستمر العلاج على الأقل 6سابيع. يمكن استخدام الأزيترومايسين بدلاً من الدوكساسيكلين، لكن هذا لم يتم تقييمه من خلال

التجارب السريرية ومن ثم لديها قاعدة أدلة محدودة. يجب أن تقيّم العلاقات الجنسية، للتأكد من عدوى الكلاميديا التراخومية. (انظر أيضاً فصل 13).

إذا اعتبر أحد مسببات أمراض المسالك البولية هو السبب المرجح، يجب البدء في العلاج، على سبيل المثال، Trimethoprim or Norfloxacin or Ofloxacinأثناء انتظار نتائج زرع عينة منتصف التبول واختبار الحساسية. يجد العديد من المرضى أن دعم كيس الصفن مفيد بالإضافة إلى ذلك تسكين بسيط. إذا كان هناك أي شك حول التشخيص، فيجب طلب رأي عاجل لطبيب المسالك البولية لاستبعاد انفتال الخصية.

انفتال الخصية (الحبل المنوي)

أقل بقليل من 50% من الرجال الذين يعانون من انفتال الخصية لديهم تاريخ نوبات وجيزة سابقة من عدم الراحة في كيس الصفن. عادةً ما يكون الألم مفاجئاً وشديداً وقد يترافق مع الغثيان والإقياء. انفتال الزائدة الخصوية (كيس مورغاني) يظهر بطريقة مطابقة. الانفتال هو أكثر شيوعاً عند الشباب (المراهقين المتأخرين) ويجب أخذها في الاعتبار في هذه الفئة العمرية إذا كانت اختبارات التهاب الإحليل والمسالك البولية العلوية سلبية. جميع المرضى الذين يعانون من انفتال خصية مشتبه به يجب إحالتهم بشكل عاجل للحصول على رأي طبيب المسالك البولية مع الاستكشاف الطارئ لكيس الصفن.

التهاب الخصية

قد يؤثر هذا على أحد الخصيتين أو كليهما وفي المملكة المتحدة الأكثر شيوعاً أن يكون مرتبط بالنكاف. يتطور ضمور الخصية في حوالي 15%من البالغين بعد النكاف الحاد. تشمل الأسباب الغير اعتيادية لالتهاب الخصية العدوى بوحيدات النوى الخمجية، فيروس كوكساكي ب، حمى الضنك.

الأورام

تقريباً 15%من أورام الخصية تظهر على أنها تورم مؤلم، بسبب النزيف، وربما يشخص خطأ في البداية على أنه التهاب البربخ. بالرغم من ذلك، أكثر شيوعاً أن تكون الأورام غير مؤلمة أو يمكن أن تكتشف على أنها صلابة أو عدم تجانس الخصية، والتي ترتبط أحياناً بالألم أو عدم الراحة. يساعد الفحص بالموجات فوق الصوتية على التمييز بين الكتل في الخصية، وبين الأورام الأخرى داخل كيس الصفن ويجب أن يوضع بالاعتبار عند المرضى الذين شُخصوا بالتهاب البربخ وفشل في الشفاء في غضون أسبوعين.

التهاب محيط الخصية

يظهر هذا كعقدة ملساء على سطح الخصية وينتج عن التهاب في الغلالة الغمدية للخصية. الأعراض عادةً ما تتحسن مع مرور الوقت دون الحاجة إلى الجراحة.

تشنج العضلة المشمرة

يظهر هذا على شكل ألم أو انزعاج، خاصة أثناء الجماع، ويرتبط بسحب الخصية إلى أعلى الحلقة الإربية الخارجية. ربما يزول ذلك بختان المشمرة التي تقسم العصب التناسلي الفخذي.

كيسات البربخ

هذه شائعة وعادةً ما تكون غير مؤلمة. قد ينتج الانزعاج أو الألم عن نزيف داخل الكيسة. الكيسات اللاعرضية لا تتطلب الإحالة.

بعد قطع القناة الدافقة

قد يكون سبب عدم الراحة داخل كيس الصفن بعد قطع القناة الدافقة انسداد وانتفاخ قناة البربخ. عادةً ما يتم تخفيف هذا عن طريق استخدام دعامة كيس الصفن وعلاجها بمضادات الالتهاب اللاستيروئيدية.

يظهر الورم الحبيبي المنوي على شكل تورم صغير، أملس في موقع قطع القناة الدافقة وقد يظهر بعد أشهر أو سنوات من الإجراء. إذا فشل الألم في الاستقرار مع دعم كيس الصفن ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، قد يكون الاستئصال الجراحي أو استئصال البربخ مطلوب.

دوالي الخصية

قد تسبب دوالي الخصية ألماً داخل كيس الصفن الذي يصبح أسوأ مع نهاية اليوم. تجلط الدم داخل دوالي الخصية أُبلِغ عنه كسبب لألم كيس الصفن.

مجهول السبب

لم يتم العثور على شذوذ في العديد من الرجال الذين يعانون من ألم داخل كيس الصفن أو ألم الخصية. في بعض الحالات، ربما يكشف الفحص عن حساسية البربخ نوعاً ما. يعتقد أن ذلك ناتج عن *الاحتقان المنوي* وأفضل علاج له هو الطمأنينة على الرغم أن بعض الممارسين يؤيدون وسائل أخرى لتخفيف الاحتقان.

نقاط العلاج المهمة

- ضع في الاعتبار الإحالة إلى طبيب الجراحة التناسلية إذا كنت تعتقد أن هناك دليلاً على التهاب البربخ.
- الإحالة بشكل عاجل إلى قسم المسالك البولية إذا كان هناك احتمال حدوث الانفتال. وجميع حالات آلام الخصية الحادة ناتجة عن الانفتال حتى يثبت العكس.
- الموجات فوق الصـــوتية للصـــفن هي إجراء مفيد غير غازٍ الذي قد يســـاعد في تحديد طبيعة الإمراضـــية داخل كيس الصفن. قد يساعد أيضاً في طمأنة كل من المريض والطبيب أنه لا يوجد إمراضية خطيرة. تذكر أن انفتال الخصية قد يبدو طبيعياً في التصوير بالأمواج فوق الصوتية.

الفصل الخامس عشر

الطفح القضيبي

مقدمة

عادةً ما يحدث التهاب حشفة القضيب (التهاب الحشفة) والتهاب القُلفَة (التهاب القُلفَة) معاً.

التهاب القلفة و الحشفة المهيّج

هذا شائع جداً وغالباً ما يكون نتيجة لسوء النظافة. قد يكون تراكم إفراز أبيض مرئياً (**الشكل 15.1**). انصح بالاستحمام برفق مرتين يومياً مع ماء عادي أو مالح قليلاً يليه وضع كريم حاجزي (مثل كريم مائي).

داء المبيضات

يظهر داء المبيضات عادة كحمامى منتشرة مع العديد من البقع الصغيرة والحمراء المتناثرة "المتآكلة" قليلاً (**الشكل 15.2**)، على الرغم من أنه تمّ الإبلاغ عن حدوث تآكل يشبه التهاب الحشفة الذي يظهر في الحلأ تقريباً.

العدوى البكتيرية

تسبب البكتيريا اللاهوائية والمكورات العقدية من المجموعة B أحياناً التهاب القلفة والحشفة (**الشكل 15.3**). قد تظهر عدوى العقدية مع تورّم عمودي في القضيب والتهاب الحشفة البارز.



الشكل 15.1 التهاب القلفة المهيّج – وجود إفرازات بيضاء

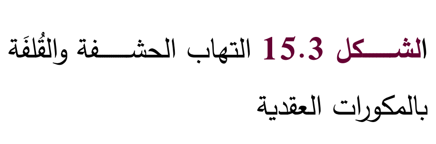


الشكل 15.2 المبيضات على القضيب

التهاب الجلد

قد يظهر التهاب الجلد المثّي والتهاب الجلد التلامسي على القضيب. اسأل عن المشاكل الجلدية الأخرى (مثل التأثير على فروة الرأس أو الوجه) وعمّا إذا كان هناك تاريخ من الحساسية. عالج في البداية بالهيدروكورتيزون أو الهيدروكورتيزون/كريم مضاد للفطريات. إذا كانت هناك عدوى ثانوية، فكّر في استخدام مزيج من الستيروئيدات/مضادات البكتيريا/الفطريات.





الشكل 15.3 التهاب الحشفة والقُلفَة بالمكورات العقدية

الأسباب الأقل شيوعاً لالتهاب الحشفة والقُلفَة

التهاب الحشفة الدائري

المرتبط بالتهاب المفاصل التفاعلي أو بشكل أكثر تكراراً بالمتلازمة غير المكتملة (أي التهاب المفاصل التفاعلي مع أو بدون التهاب الإحليل أو الرّمد) (**الشكل 15.4**).

حزاز مُسطح

يظهر عادة مع الآفات الحمراء الأرجوانية المحدّدة بشكل جيد، ويمكن الخلط بينها وبين الثآليل المسطحة أو الصّدفية (**الشكل 15.5**). قد يكون هناك أيضًا دليل على وجود الحزاز المُسطح في مواقع أخرى، مثل المعصمين أو الفم.

الصُّداف

تفقد الآفات التناسـلية في هذه الحالة في كثير من الأحيان المقياس الفضـــي الكلاسـيكي وتوجد كلويحات حمامية مرسـومة **(الشكل 15.6)**.



الشكل 15.4 التهاب الحشفة الدائري



الشكل 15.5 الحزاز المسطح



الشكل 15.6 الصُّداف

الحزاز المتصّلب

مناطق من الحمامى مع بقع بيضاء ضامرة هي السمات النموذجية **(الشكل 15.7)**. قد تحدث التصاقات بين حشفة القضيب والقلفة، وقد تتطور الحالات طويلة الأمد إلى تضيق بالقُلفَة. يؤدي المرض المحيط بالصماخ إلى تضييق صماخ الإحليل **(الشكل 15.8)**. العلاج في البداية باستخدام الستيروئيد الموضعي الفعّال (مثل بروبيونات كلوبيتاسول) ثم ببطء "الفطام" وفقا للاستجابة السريرية. التطبيق اليومي لمدة 4–6 أسابيع ثم 2–3 مرات أسبوعيًا لمدة شهرين إضافيين هو نهج معقول مع مراجعة في 3 أشهر. بما أن بعض المرضى يتردّدون في استخدام الستيروئيدات على أعضائهم التناسلية، فمن المهم شرح أهمية هذا العلاج وتوفير طمأنة بأن التطبيق على المدى الطويل آمن تحت الإشراف السريري. يمكن تحسين الالتصاق القلفي الثانوي للحزاز المتصلب بشكل كبير مع الستيروئيدات الموضعية، وقد نتجنب الحاجة إلى الختان. يوصى بالمتابعة على المدى الطويل بسبب الخطر الضئيل للإصابة بسرطان الخلايا الحرشفية.

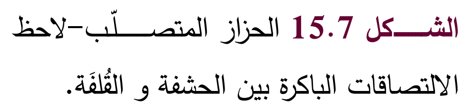
عدوى فيروس الورم الحليمي البشري

قد يسبق التهاب الحشفة والقُلفَة المرقّع ظهور الأورام اللّقيمة المؤنفة الكلاسيكية (الثآليل التناسلية). قد يظهر الورم القضيبي داخل الظهاري (الذي يسببه في كثير من الأحيان نوع فيروس الورم الحليمي البشري 16) على شكل حطاطات حمامية خفيفة **(الشكل 15.9)**. وتزداد هذه عن طريق تطبيق محلول حمض الخليك (ما يسمى "تبييض الخليك").

اندفاعات الأدوية الثابتة

على الرغم من أن العديد من الأدوية لديها القدرة على إحداث ثورات دوائية ثابتة، إلا أنّه يشـــاهد بشـــكل أكثر شـــيوعًا مع التتراسيكلين، والتريميثوبريم، والسلفوناميدات، ومضـادات الالتهاب غير الستيرويدية، والباراسيتامول، والساليسيلات. قد تظهر الآفات لأول مرة كرقعة من حمامى أو حطاطة صغيرة ويمكن أن تتقدم بسرعة





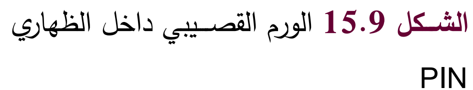
الشـــكل 15.7 الحزاز المتصـــلّب-لاحظ الالتصاقات الباكرة بين الحشفة و القُلفَة.



الشـــكل 15.8 الحزاز المتصـــلب- تغيرات ضمورية و تضيقات صماخ الإحليل

لإنتاج مناطق واسعة من التقرح، غالباً ما يُشخص خطأ في البداية على أنه هربس تناسلي **(الشكل 15.10)**. ويمكن أن تحدث عدوى ثانوية، وينبغي أن يشمل العلاج الاستحمام برفق بالماء المالح، وفي بعض الحالات استخدام كريم خفيف مضاد للالتهابات ومضاد للبكتيريا. البريدنيزولون الفموي مطلوب في بعض الأحيان للحالات الأكثر شدة والأطول أمداً.





الشكل 15.9 الورم القصيبي داخل الظهاري PIN



الشكل 15.10 الاندفاع الدوائي الثابت

التهاب الحشفة بحسب زون (التهاب الحشفة البلازماوي)

هي حالة غير شائعة تظهر في الغالب في الرجال في منتصف العمر وكبار السن. توجد الآفات على شكل لويحات لامعة ورطبة وحمراء مسطحة تؤثر على الحشفة والغشاء المخاطي للقُلفَة (**الشكل 15.11**). قد يكون هناك تهيّج مصاحب. على الرغم من أن الختان هو علاج موصى به، إلا أن بعض الحالات تستجيب لاستخدام كريم الستيروئيد الموضعي المعتدل القوة، وخاصة المستحضرات التي تحتوي على مادة مضادة للبكتيريا مع التهوية قدر الإمكان اجتماعياً.



الشكل 15.11 التهاب الحشفة بحسب زون

التنسج الأحمر لكيرات

هي حالة غير شائعة تقع الآن تحت الفئة التشخيصية من "الورم داخل الظهاري في القضيب" (PIN). يُرى التنسج الأحمر بشكل حصري تقريباً في الرجال غير المختونين وتظهر الآفات على شكل لويحات مخملية حمراء لامعة محددة جيداً. التغير الخبيث موثّق جيداً.

الطفح الصّفني القضيبي

- ساركوما كابوزي

ساركوما كابوزي في الغالب يكون في المرضى الذين يعانون من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية في المملكة المتحدة وينجم عن فيروس الهربس البشري من النوع 8. الآفات في البداية مسطحة و حمراء داكنة و قد تظهر على قضيب أو عمود الحشفة. (انظر ايضاً **الشكل 19.2**).

- التقران الوعائي

عادةً ما تؤثر هذه الآفات الصغيرة على كيس الصفن بدلاً من القضيب وتظهر على شكل بقع وعائية حمراء زاهية صغيرة، وغالباً متعددة. قد تزداد في العدد والحجم مع التقدم في السن وتكون غير مؤذية. وهي شائعة جداً وعادةً لا تتطلب العلاج.

- الوحمة الميلانينية

قد تظهر هذه على القضيب أو كيس الصفن ولها نفس خصائص الوحمة في أماكن أخرى من الجسم.

نصائح عامة للمرضى الذين يعانون من التهاب الحشفة والقُلفَة

التهوية مفيدة لمعظم أسباب التهاب الحشفة ولكن يمكن أن يكون من الصعب تحقيقها في بعض الأحيان. إن إبقاء القُلفَة منكمشة لمدة ساعة أو نحو ذلك كل مساء والسماح بدوران الهواء بشكل جيّد، ربما تحت عباءة أو قميص النوم من أجل القبول الاجتماعي، أمر يستحق المحاولة. ويمكن بعد ذلك استخدام الستيروئيد الموضعي وكريم مضاد للجراثيم معًا، إذا استدعى الأمر، وسحب القلفة مرة أخرى فوق الحشفة. كمية صغيرة من الكريم كافية وينبغي نصح المرضى وفقا لذلك. وغالباً ما يكون الاستحمام برفق بالماء المالح مهدئاً، وخصوصاً في حالة الآفات الرطبة. ويمكن بعد ذلك تجفيف المنطقة باستخدام مجفّف الشعر على إعداد بارد.

الفصل السادس عشر

التقرح التناسلي

القوباء التناسلية

عدوى فيروس الحلأ البسيط التناسلي(HSV) هي إلى حدّ كبير السبب الأكثر شيوعاً للتقرّحات التناسلية في الممارسة العامة. على الرغم من أن فيروس الحلأ البسـيط من النوع الثاني تقليدياً يُعتبر السـبب الأكثر شـيوعاً للقوباء التناسـلية، فقد ذكرت الدراسـات أن عدوى فيروس الهربس البسـيط من النوع الأول السـبب في أكثر من ٦٠% من الحالات، وينتقل الفيروس عن طريق الاتصال الفموي التناسلي. وقد أظهرت الدراسات المصلية التي تفحص الانتشار المصلي لفيروس الهربس البسيط-٢ في مختلف المجموعات السكانية أن ما يقرب ٧٠%من حالات العدوى لا تظهر عليها الأعراض.

الخصائص السريرية

النوبة الأولية (أي لا تعرّض سابق ل HSV1 أو HSV2)

الحلأ البدئي هو حالة مأسـاوية. بعد فترة حضـانة من ٣-٥ يوم(لدينا فترة تتراوح من١-٤٠يوماً)، تظهر بثور صـغيرة على الأعضاء التناسلية، وغالباً ما ترتبط بعرض "يشبه الأنفلونزا"سرعان ما تنفجر الفقاعات لتترك قرحات صغيرة ورقيقة قد تندمج في نهاية المطاف لإنتاج مناطق واسعة جداً من التقرحات المؤلمة (**16.1** و**16.2**). تبدأ الآفات



الشكل 16.1 حلأ تناسلي بدئي يصيب القضيب



الشكل 16.2 حلأ تناسلي بدئي يصيب الفرج

بالشفاء بعد حوالي 12 يوماً. قد يسبب الهربس التهاب الإحليل الذي يظهر على أنه عسرة تبول، وغالباً ما تكون شديدة في طبيعتها. تسعون في المئة من النساء يعانين من التهاب عنق الرحم مما يؤدي إلى إفراز "مهبلي" مفرط. وتشمل السمات السريرية الأخرى اعتلال العقد اللمفاوية الأربية المؤلم والصداع ورهاب الضوء (التهاب السحايا العقيم)، واحتباس البول (اعتلال الجذور العجزي)، والتهاب البلعوم، والآفات خارج الأعضاء التناسلية (على الأصابع والشفتين والأرداف).

الهجمة الأولية: وليس التعرّض البدئي

وهذه هي أول نوبة سريرية من الحلأ في مريض سبق له التعرض للفيروس (من النوع 1 أو النوع 2)، وعادةً ما تكون الأعراض أقل حدة بكثير من الهربس الأولي بسبب المناعة الجزئية.

الهربس المتكرر

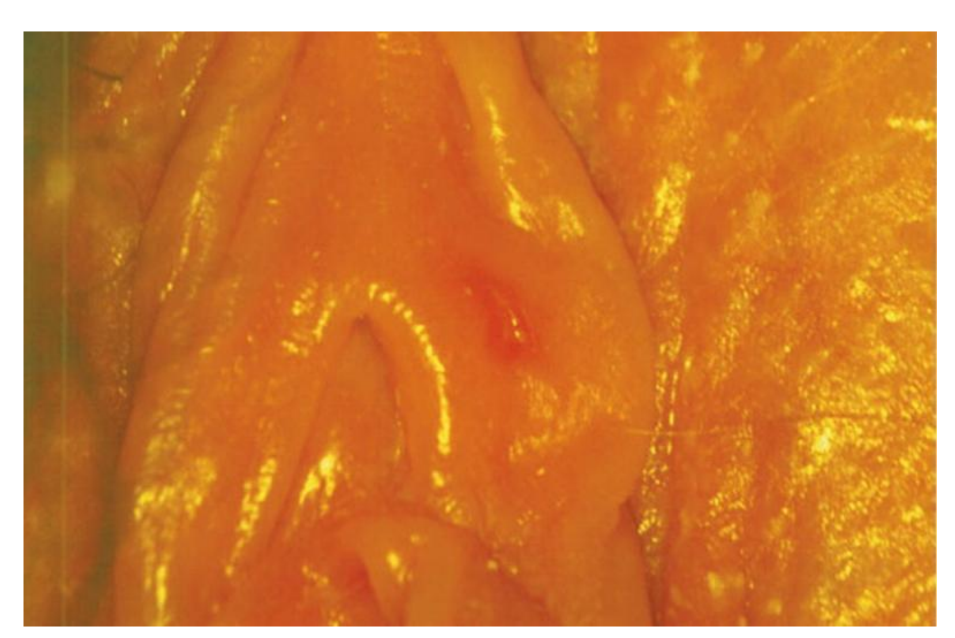
ما يقرب من 90 ٪ من المرضى الذين يعانون من الهربس التناسلي من النوع 2 سوف يعانون مرة أخرى منه في غضون عام واحد من النوبة الأولية. وهذا على النقيض من المرضى الذين يعانون من فيروس الهربس البسيط من النوع الأول، حيث هناك فرصة بنسبة 55 ٪ لتكرار الإصابة. يختلف تكرار الإصابة بين نوعي الفيروس –بمتوسط 3–4 نوبات سنويًا مع عدوى فيروس الهربس البسيط –2 مقارنة بمرتين سنويًا مع فيروس الهربس البسيط 1. إعادة التنشيط الفيروسي الذي يؤدي إلى أعراض أو لا أعراض قد يكون أكبر خلال الأشهر القليلة الأولى بعد النوبة الأولية ويجب أن يناقش مع المرضى الذين تم تشخيصهم بالعدوى الأولية. أعراض القوباء التناسلية المتكررة تكون خفيفة في كثير من الأحيان. حوالي 50 ٪ من المرضى سيصابون بأعراض بادرية مثل "الدبابيس والإبر" التناسلية، آلام في الأرداف والساقين، أو عدم الراحة الأربية المرتبطة باعتلال العقد اللمفاوية. أعراض الألم العصبي العجزي هي الجزء الأكثر إزعاجا من تكرار المرض لبعض المرضى. ويصيب عنق الرحم 10 في المائة فقط من النساء المصابات بأمراض متكررة.

عندما تظهر الآفات فإنها تميل إلى أن تكون قليلة العدد وتشفى في غضون أسبوع واحد. ومع ذلك، يعاني عدد قليل من المرضى من هجمات أكثر تواتراً وطويلة الأمد ومما يثير القلق بوجه خاص (**الشكلان 16.2 و16.3**).

اقترحت الدراســـات الحديثة أن أعراض المرض المتكرر قد تكون قليلة وغالباً ما يتم تجاهلها من قبل المريض. هذه مســـألة مهمة يجب معالجتها عند تشـخيص الحلأ للمرة الأولى. ومن المهم مراعاة الأعراض التناسـلية البسـيطة وتجنب الاتصـال الجنسي في مثل هذه الأوقات للحدّ من خطر انتقال العدوى إلى الشركاء. من الحكمة دائماً تأكيد التشخيص السريري للهربس عن طريق الزراعة الفيروسـية أو تضـخيم الحمض النووي (NAAT). إذا كانت المسـحات الأولية سلبية فيجب أن يُطلب من المرضى إعادة العلاج على الفور عند تكرار الأعراض التناسلية بحيث يمكن أخذ المزيد من المسحات.



الشـــكل 16.2 حلأ ثـانوي على القضيب



الشـــكل 16.3 حلأ ثانوي على الفرج

تشخيص الحلأ التناسلي

الزرع

معظم المختبرات الآن قادرة على تنميط الهربس. هذا الأمر له أهمية تنبؤية فيما يتعلق بمعدل التكرار (انظر أعلاه) ويمكن أن يكوّن معلومات مفيدة عند تقديم المشورة للمرضى.

وتعتمد فرص الحصول على مزرعة إيجابية إلى حدّ كبير على مرحلة الإصابة: فالقرحة تزيل فيروسات أكثر من الآفات التي تتقشر. ويجب شرح ذلك للمريض الذي قد لا يقدّر بشكل كامل سبب تشخيص إصابته بالهربس في الاستشارة الأولية ثم يُقال له بعد أسبوع أو أسبوعين أن "اختبار الهربس" كان سلبياً. تقوم معظم المختبرات الآن بإجراء اختبار تضخيم الحمض النووي (NAAT)، مثل تفاعل البوليميراز المتسلسل (PCR)، لتشخيص عدوى الهربس. ويعتبر هذا الأسلوب أكثر حساسية بكثير للتشخيص مقارنة مع الزرع الفيروسي.

علم الأمصال

تتوفر الآن المقايسات المصلية التي تميز بين الأجسام المضادة من النوع 1 و 2 لفيروس الهربس البسيط ولكن ينبغي استخدامها بشكل انتقائي. لا يوجد قيمة تشخيصية للهربس المصلي. ولعلم الأمصال دور مفيد محتمل في المرضى الذين يحضرون مع التقرحات التناسلية المتكررة والسلبية باختبار تضخيم الحمض النووي NAAT. النتيجة السلبية تستبعد الهربس كسبب للتقرّح تقريبا، على الرغم من حدوث نتائج سلبية خاطئة، في حين أن النتيجة الإيجابية للأجسام المضادة لفيروس الهربس البسيط من النوع 2 تجعل تشخيص الهربس التناسلي مرجح جداً.

قد يكون فحص الأمصال مفيدًا أيضًا في الأزواج حيث يكون أحد الشريكين موثقًا لقوباء الأعضاء التناسلية والآخر لا يعطي أي تاريخ من العدوى. يشير مصلية فيروس الهربس البسيط الإيجابي من النوع 2 في الشريك الذي ليس لديه تاريخ سريري للإصابة بالهربس إلى عدوى سابقة ودرجة من المناعة، على افتراض أن الشريك المصاب لديه عدوى من النوع 2. وهذا يقلل بوضوح من القلق المرتبط بإمكانية انتقال الهربس أثناء الجماع الجنسي.

غير أنه يجب النظر في العكس؛ نتيجة سلبية قد تزيد من القلق بسبب المخاوف المتعلقة بإمكانية إصابة الشريك السلبي. ويلزم إجراء مناقشة مع كلا الشريكين وتخصيص وقت للنظر في عواقب النتائج المحتملة. قد ترغب النساء الحوامل اللواتي ليس لديهن تاريخ من الهربس التناسلي ولكن مع شريك مصاب بالعدوى في تجنب الجماع أثناء الحمل إذا ثبت أن الأجسام المضادة لفيروس الهربس البسيط سلبية (انظر القسم المتعلق بـ "الحمل").

العلاج

الحلأ التناسلي البدئي

تميل النساء إلى مواجهة أسوأ من الرجال. وغالبا ما تكون القروح التناسلية رقيقة جداُ، والتبول قد يكون لا يطاق، والمرضى عادة ما يشعرون عموماً بالتوعك الشديد بسبب الألم العضلي، والصداع، والحمى، إلخ. ما يلي هو المُوصى به:

- خذ مسحة لزراعة فيروس الهربس أو NAAT.
- انصح بتناول الأسبرين أو الباراسيتامول (أو مُحضر أقوى) حسب الحاجة.
- اغسل المنطقة التناسلية مرتين يومياً بمياه مالحة دافئة وجففها بمجفف الشعر على وضع بارد.
- بعض النساء يجدن أنه من الأسهل تمرير البول أثناء جلوسهن في حمام دافئ.
- صف الأسيكلوفير 200 ملليغرام خمس مرات في اليوم أو 400 ملليغرام ثلاث مرات في اليوم لمدة 5 أيام، أو فامسيكلوفير 250 ملليغرام ثلاث يومياً لمدة 5 أيام، أو فالاسيكلوفير 500 ملليغرام يومياً لمدة 5 أيام.
- لا يوجد مكان لكريم الأسيكلوفير الموضعي في علاج الهربس الأولي.

احتباس البول الثانوي لاعتلال الجذور العجزي غير شائع ويؤثر على النساء والرجال المثليين بشكل أكثر شيوعاً من متغايري الجنس.

وتعاني حوالي 10 في المائة من النساء من داء المبيضات المهبلية العرضي. إذا كان هناك حُمامى فرجية معمّمة بالإضافة إلى مناطق التقرح أو إذا استمرت الأعراض بعد شفاء القرحة، فكروا في علاج المبيضات عن طريق الفم بجرعة فلوكونازول 150 ملغ أو إيتراكونازول 200 ملغ يومياً لمدة يوم واحد. معظم النساء يتألمن بشدة باستعمال التحاميل أو الكريمات المهبلية.

يمكن أن يكون تشخيص الحلأ مؤلماً نفسياً وغالباً ما يتطلب قدراً كبيراً من الوقت لتوفير معلومات كافية عن المرض. ويحتاج بعض المرضى إلى المزيد من "المشورة" المكثفة لمساعدتهم على التعامل مع الحالة. وتشمل القضايا الرئيسية التي ينبغي معالجتها إمكانية حدوث نقل فيروسي بدون أعراض، وتأثير ذلك على العلاقات الجنسية الحالية أو المستقبلية، واستخدام الواقي الذكري لتوفير بعض الحماية للشركاء الجنسيين. جدير بالذكر التأكيد على أن العديد من الناس يصابون بالحلأ التناسلي من شريك بدون أعراض يقوم بصبّ الفيروس دون علم منه. وترد أدناه مناقشة لمسألة الحلأ أثناء الحمل.

الهربس المتكرر

يتصدى معظم المرضى بشكل جيد جدا للهربس ولا يحتاجون لعلاج.الهجمات عادة ما تكون نادرة وتدوم لبضعة أيام فقط ويمكن علاجها بشكل كاف تماما بغسل المنطقة المصابة بمحلول ملحي وبتجنب الاتصال الجنسي عندما تكون الآفات ظاهرة .يعاني عدد قليل من المرضى من أكثر من مجرد هجمات حادة ومطولة وربما يستفيدوا من العلاج بالفامسكلوفير (125ملغ يوميا لمدة5ايام)،حبوب الأسيكلوفير (200ملغ خمس مرات باليوم أو400ملغ مرتين باليوم ل3−5أيام)،أو فالاسيكلوفير 500ملغ يوميا لمدة5 أيام أو كريم أسيكلوفير (الذي يجب أن يستخدم خمس مرات باليوم)الذي يؤخذ حالما تظهر الآفات .هنالك بعض المباحثات بخصوص تطوير علاج الهربس المتكرر عن طريق دورات قصيرة من العلاج المتقطع بمواد مضادة للفيروس وتهتم بشكل متزايد باحتمال تطوير سلاسل فيروسية مقاومة ؛ومع ذلك ،هذا يبدو أكثر من مجرد قضية تهتم بكبت المناعة للمرضى مع العلاج على المدى الطويل .

الأقلية الصغيرة من المرضى المصابين بالهربس المتكرر و المطول، يستحق أن نأخذ المعالجة الاتقائية بعين الاعتبار . هذا يشـمل أخذ الحبوب يوميا على مدار عام حالما تتوقف المعالجة وتكرار التقييم مرة ثانية .التدبير الفوري يتضـمن 400 ملغ أسيكلوفير يوميا (العلاج المستخدم يوميا) ،أسيكلوفير 200 ملغ أربع مرات يوميا، فاماسيكلوفير 250ملغ يوميا، وفالاسيكوفير 500 ملغ يوميا. يجب أن يعاد فحص المرضى كل 3أشهر .زيادة كمية الفيروس يمكن أن تحدث حتى أثناء المعالجة الكابتة للمناعة وعندما يكون التكرار واضح سريريا، نقطة تستحق ذكرها للمريض.

الحمل

يحمل هربس حديثي الولادة حالات وفيات ومراضـة كبيرة ولكن لحسن الحظ هو حالة نادرة في المملكة المتحدة. يكون الطفل في خطر أكبر إذا طوّرت الأم الهربس الأولي خلال الثلث الأخير من الحمل، وخاصــــة في وقت قريب من الولادة. ومن المثير للاهتمام أن الدراسات الحديثة أظهرت أن معظم الأطفال المصابين بالهربس الوليدي يحصلون على العدوى من أمهات مصابات بالهربس الأولي غير المصحوب بأعراض واللاتي ينقلن الفيروس أثناء الولادة.

هناك خطر ضـئيل على الطفل في النسـاء اللواتي يعانين من المرض المتكرر. وربما يرجع ذلك إلى الأجسـام المضـادة الواقية التي تمر عبر المشيمة وإلى معدل أقل بكثير من سقوط الفيروس من عنق الرحم في الأمراض المتكررة مقارنة بالعدوى الأولية. من المهم ذكر هذا لاحقا بعد تشـخيص الهربس لأنّ القضــايا المتعلقة بالحمل في المســتقبل هي على رأس قائمة المخاوف. ينبغي نصح النساء اللواتي لديهن تاريخ سابق من الحلأ التناسلي بالحضور في وقت مبكر من المخاض والخضوع لفحص دقيق للحصــول على أدلة على الآفات التناسـلية. على الرغم من أن هناك حد أدنى من الخطر على الطفل، بالنظر إلى شدة الهربس الوليدي، فإن معظم أطباء التوليد ينصحون بالعملية القيصرية بدلاً من الولادة المهبلية إذا كانت هناك آفات. يمكن استخدام الأسيكلوفير اليومي في الأسابيع الأربعة الأخيرة من الحمل للحد من خطر التكرار السريري

والحاجة إلى العملية القيصــرية. على الرغم من أن الأســيكلوفير غير مرخص للاســتخدام في الحمل، إلا أن هناك أدلة قوية تدعم سلامته. يمكن أن يثير تشخيص الهربس التناسلي وعلاجه مشاكل في بعض الأحيان. ولذلك ينبغي النظر في الإحالة إلى الطب البولي التناسلي حتى لو كان ذلك فقط للمناقشة أو لتقديم معلومات.

الأسباب الأخرى للتقرح التناسلي

داء المبيضات

قد يتم الخلط بين داء المبيضــات الفرجي وبين الهربس التناســلي خاصــة عندما يكون هناك ألم فرجي شــديد مع اضــطراب الظهارة الفرجية. على العكس من ذلك، قد ينتج الهربس المتكرر فقط إزعاج فرجي طفيف ويعتقد المريض أنه مجرد نوبة من "مرض القلاع". لهذا الســبب من المهم أن تشــرح للمرضــى الذين لديهم تاريخ من الهربس أن الأعراض التناســلية البســيطة الحالية قد تكون تكرار للحلأ وأنه ينبغي اتخاذ العناية اللازمة أثناء الجماع.

الزهري

يظهر الزهري من جديد في المملكة المتحدة وينبغي النظر فيه في جميع المرضى الذين يعانون من التقرحات التناسلية. عادة ما تكون القرحة الصــلبة الأولية للزهري الأولي غير مؤلمة، على الرغم من أن العدوى الثانوية قد تسـبب بعض الألم **(الشكل 16.5)**.



الشكل 16.5 فرحة الزهري البدئي الصلبة تصيب القضيب.

المرضـى يجب أن يُحالوا إلى الطب البولي التناسـلي إذا وجد شـكّ خفيف حيال التشـخيص السـريري للتقرُّح التناسـلي. يمكن إجراء الفحص المجهري على الأرض المظلمة للّولبيات في الموقع وسـيتم الحصـول على العينات المثلى لزراعة الحلأ. كما أصبح اختبار تضخّم الحمض النووي متاحاً الآن في العديد من المختبرات وثبت أنه طريقة ممتازة للتمييز بين الحلأ والزهري من مسـحة القرحة التناسـلية. تذكروا أن فحص مصـلية الزهري قد يكون سـلبياً في حالة الزهري الأولي، على الرغم من أنه ينبغي طلب الأجسـام المضـادة اللولبية الشـاحبة IgM إذا كان تشـخيص قرحة الزهري ممكناً. يجب أن يصـبح IgM قابل للكشـف في الأسـبوع الثاني من العدوى مع IgG التي تصـبح إيجابية في حوالي 4 أسـابيع. ومع ذلك، لا يزال من الحكمة نصـح المرضـى الذين يعانون من تقرحات تناسـلية مجهولة السـبب بتكرار إجراء فحص مصـلي للزهري بعد 3 أشـهر من ظهورها.

قد تمر قرحة الزهري الأولي دون أن يلاحظها المريض، ويُصـاب المريض بالطفح العام عند إصـابته بالزّهري الثانوي المرتبط غالباً باعتلال العقد اللمفاوية والحمّى. وينبغي مراعاة الزهري في التشـخيص التفريقي للمرضـى الذين يعانون من مرض شبيه بالحمى العقيدية، ويرجى تذكر إمكانية الإصـابة بمرض الانقلاب المصـلي لفيروس نقص المناعة البشـرية أثناء ممارسة الجنس.

طفح العقاقير الثابت

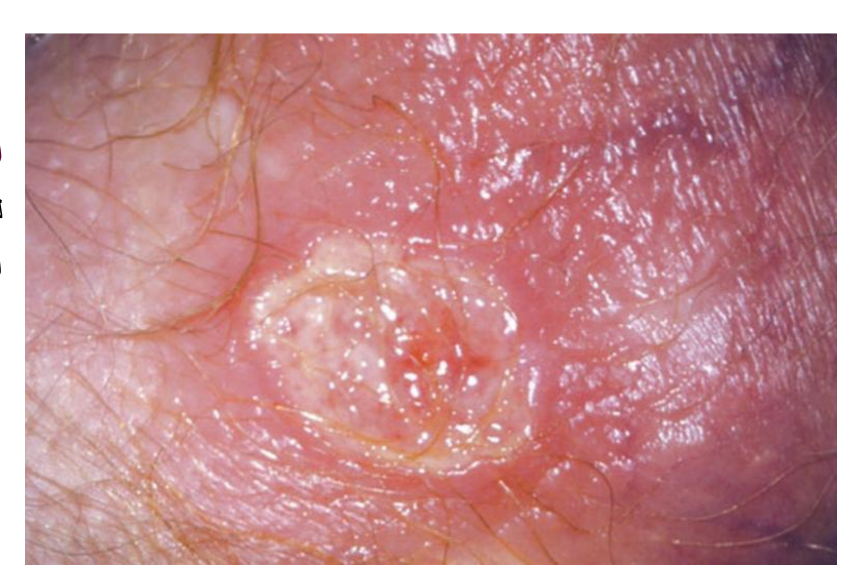
قد تؤدي الحالات الأكثر حدة إلى التقرح (انظر **الشكل 15.10**، صفحة 109).

الورم الحبيبي اللمفي المنقول جنسياً وقرحة الزهري

هذه الأمراض هي أمراض منتقلة جنسياً استوائية شائعة ولكنها نادرة في المملكة المتحدة، على الرغم من أنّه تم الإبلاغ عن حالات التهاب المستقيم LGV (بدلا من التقرح) بين الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال مؤخرا في أوروبا الغربية، بما في ذلك المملكة المتحدة. تذكروا أن تسألوا عن الاتصال الجنسي مع شركاء من الخارج.

القرحة القلاعية ومرض بهجت

القرحة التناسلية في مرض بهجت تكون لينة جداً وعادة ما يكون لها حافة محددة جيداً (**الشكل 16.6**). ولتشخيص مرض بهجت، أيضاً يجب تواجد تاريخ من التقرحات الفموية إلى جانب مضاعفات العين أو الجلد أو الجهاز العصبي في النساء، بشكل أكثر شيوعاً يُرى تقرح قلاعي بسيط يؤثر على الفم والشفرين، وليس هناك أي سمات أخرى تشير إلى مرض بهجت.



الشكل 16.6 قرحة الأعضاء التناسلية لمتلازمة بهجت (مظهر مماثل مع التقرحات القلاعية)

الرضوض

عادة ما تكون الآفات الرضـية نتيجة الجماع الجنسـي القسـري أو الجنس الفموي القوي. وكثيراً ما تظهر الآفات كخدوش لا كقرحات حقيقية ؛ لذلك، ينبغي إجراء مسحة لزراعة فيروس الحلأ البسيط/ واختبار تضخيم الحمض النوويNAAT حيث أن الهربس قد يظهر بهذه الطريقة مع المريض في كثير من الأحيان تحت انطباع خاطئ بأن الآفة كانت مرتبطة بتضـرر الجلد الجسدي.

قرحة ليبشوتز

في عام 1913، وصـف ليبشـوتز حالات تقرّح الفرج الحاد المرتبطة بالحمّى واعتلال العقد اللمفاوية. وفي الآونة الأخيرة، وُصفت التقرحات التناسلية بأنها اختلاط غير شائع لكثرة الوحيدات المُعدية، وبالتالي فمن الممكن أن تكون حالات ليبشوتز الأصلية مرتبطة بعدوى فيروس إبشتاين –بار.

حالة الجلد الفقاعي

الفقاع و الفقاع الندبي موجود في بعض الأحيان على الأعضـاء التناسلية. قد تكون الفقاعة قصـيرة العمر تاركة مناطق من الظهارة المتآكلة.

وينبغي، من الناحية المثالية، إحالة أي حالة من حالات التقرح التناسـلي لا يمكن تشـخيصـها تشـخيصـياً نهائياً إلى الطب البولي التناسلي لتقييمها وموالاة البحث فيها.

الفصل السابع عشر

كتل الأعضاء التناسلية

الثآليل التناسلية

تعتبر *الكتل* التناسلية الأكثر شيوعاً في الممارسة العامة هي الثآليل التناسلية أو الورم اللقمومي المؤنف [الكتل المدببة condyloma]. مصطلح *الثآليل التناسلية* عفا عليه الزمن الآن ويجب عدم استخدامه، الثآليل التناسلية هي ثاني أشيع الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي في المملكة المتحدة وتسببها فيروس الحليمي البشري HPV، وهو أكثر أنواع العدوى الفيروسية التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي شيوعاً في المملكة المتحدة. دراسات باستخدام اختبارات تضخيم الحمض النووي [مثل تفاعل البلمرة المتسلسل] لاكتشاف الكميات الضئيلة من الحمض النووي لفيروس الحليمي البشري [HPV DNA] تشير إلى أن العديد من الأشخاص النشيطين جنسياً يحملون مستويات منخفضة من فيروس HPV في السبيل التناسلي لفترات زمنية متغيرة لكن فقط عدد قليل من الأفراد المصابون يطورون الثآليل. التاريخ الطبيعي والعدوى من ذلك يسمى عدوى فيروس الحليمي البشري *تحت الإكلينيكي* غير معروف.

يتوفر لقاح وقائي ضد أنواع فيروس HPV 6، 11، 16، و18 ويجب أن يمنح الحماية ضد الثآليل التناسلية والعديد من حالات التنشؤات داخل الظهارة والسرطان لعنق الرحم، الفرج، الشرج والقضيب، إذا أُعطي قبل الظهور الجنسي.

علاج الثآليل التناسلية

يجب إحالة المرضى الذين يعانون من الثآليل التناسلية بشكل مثالي إلى طبيب الجهاز البولي التناسلي للتقييم وبدء العلاج، بغض النظر عن عمر المريض وطول الوقت الذي كانت فيه الثآليل موجودة. تقريباً الثآليل التناسلية دائماً مُكتسبة جنسياً **[الأشكال 17,1، 17,2، 17,3، 17,4، و17,5]** على الرغم من أن الآفات قد تظهر لعدة أشهر أو حتى لسنوات قبل طلب المريض

الحصـــول على رأي طبي. في كثير من الأحيان قد تنتقل ثآليل اليد إلى الأعضـــاء التناســلية ويجب مراعاة ذلك إذا كانت الآفات تشبه الثآليل المستوية بدلاً من اللقموم المؤنف.

فترة الحضـــانة بين الإصـــابة بعدوى فيروس الحليمي البشــري وظهور الثآليل قد تكون عدة أشـــهر أو، في كثير من الأحيان، حتى سنوات، مما قد يؤدي إلى بعض الصعوبة في تحديد متى ومن مَن تم التقاط العدوى بالضبط.

تظهر الثآليل الشـرجية (**الشـكل 17,6**) بشـكل شـائع في كل من النسـاء والرجال غير المثليين، إما مع أو بدون آفات تناسـلية، وقد تمتد هذه إلى القناة الشـرجية. الثآليل الشـرجية ليسـت دلالة على الجماع الشـرجي؛ الطريقة التي يتم بها انتقال الفيروس HPV إلى فتحة الشرج لذكر غير مثلي حالياً غير معروفة. يتم اكتساب عدوى HPV عن طريق الاتصال الجنسي ويتوجب فحص معظم المرضـــى للأمراض المنقولة بالجنس الأخرى، خاصـــة عدوى الكلاميديا. تذكر أن الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي غالباً ما يتم حملها بدون أعراض. يجب تقييم الشركاء الجنسيين بعناية، والتي بالنسبة للشريكات يجب أن تشمل فحص المهبل وعنق الرحم.



الشكل 17,1 ثؤلول القضيب.



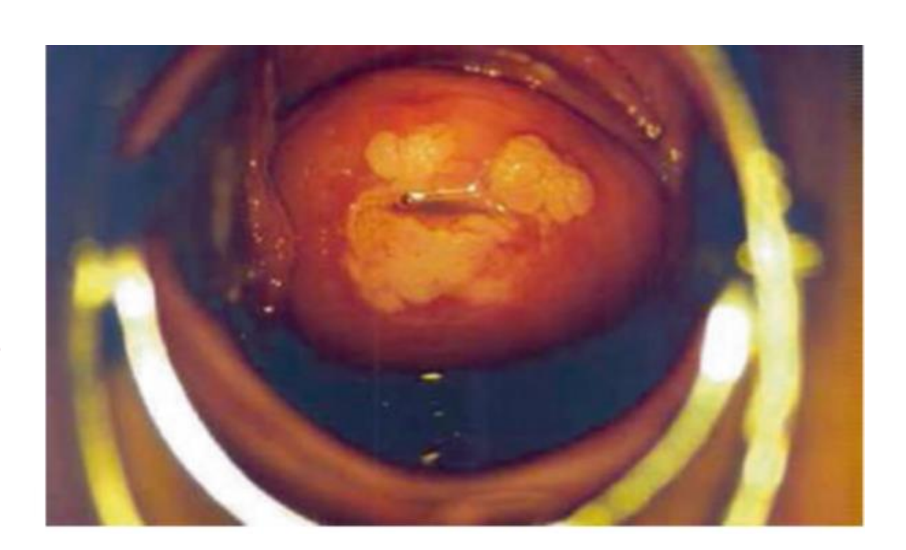
الشكل 17,2 ثؤلول داخل الصماخ.



الشكل 17,3 الثآليل الفرجية.



الشكل 17,4 الثآليل الفرجية الكيراتينية.



الشكل 17,5 الثآليل العنقية.



الشكل 17,6 الثآليل الشرجية.

العلاج

1) العلاج بالتبريد Cryotherapy، عادةً مع النتروجين السائل، هو وسيلة فعالة للغاية وعلاج فعال وجيد التحمل بشكل عام لا يتطلب تخدير موضعي. هذا علاج مفيد من الدرجة الأولى.

2) بودوفيلين Podophyllin هو علاج قديم يتطلب تطبيق من قبل الطاقم الطبي مرتين أو ثلاث مرات أسبوعياً وهو نادراً ما يستخدم الآن في المملكة المتحدة. تشير الأدلة أن مزيج من العلاج بالتبريد والبودوفيلين الموضعي أكثر فعالية من أي علاج بمفرده.

3) بودوفيلوتوكسين Podophyllotoxinهو محضر نقي لأحد المكونات النشطة من البودوفيلين ولها ميزة التطبيق الذاتي إما على شكل غسول أو كريم. بعض النساء تجد صعوبة بتطبيقه، خاصةً إذا كانت الآفات صغيرة.

4) إيميكويمود Imiquimodهو أيضاً كريم يتم تطبيقه ذاتياً يعمل عن طريق تحفيز الاستجابة المناعية الخلوية ضد فيروس HPV في الظهارة المصابة. كما هو الحال مع البودوفيلوتوكسين، يعاني بعض المرضى من وجع في موقع التطبيق. الاستجابة للعلاج أحياناً بطيئة بعض الشيء، ربما تأخذ 8ـ12 أسبوعاً للعمل في بعض المرضى، لكن الدراسات الأولية اقترحت أن معدل تكراره أقل مقارنةً بأشكال العلاج الأخرى.

5) يعمل حمض التريكلوراسيتيك Trichloracetic كعامل كاوي ويمكن أن يكون مفيداً لحرق الثآليل الصغيرة. على الرغم من أنه غير شائع الاستخدام الآن في المملكة المتحدة.

6) يتطلب الإنفاذ الحراري[Diathermy]، استئصال بالمقص [Scissor excision]والاستئصال بالليزر [Laser ablation] مخدر موضعي؛ التطبيق المسبق لكريم بريلوكائين بالإضافة إلى اللجنوكائين يجعل هذا أكثر تحملاً. مفيد جداً للثآليل المستمرة أو الكبيرة ويجب أخذها بعين الاعتبار مسبقاً وليس في وقت لاحق أثناء العلاج.

بما أن الثآليل قد تحل دون علاج، فيمكن اعتماد أسلوب *انتظر وراقب*. للأسف الثآليل قد تكبر وتنتشر مما يجعل العلاج في وقت لاحق أكثر صعوبة. بالإضافة إلى ذلك، يكره معظم المرضى الظهور الجسدي للثآليل التناسلية وعادةً ما يختارون العلاج. يجب أن تسترشد طريقة العلاج المستخدمة بالآفة النوع، الموقع، الحجم، العدد، واحتياجات المريض. يتم علاج عدد واحد أو عدد صغير من الثآليل بشكل فعال بالعلاج بالتبريد أو بالإزالة تحت التخدير الموضعي في حين أن العديد من الآفات قد يتم التعامل معها بشكل أفضل من خلال العلاج الذاتي مثل إيميكويمود أو بودوفيلوتوكسين. من الأفضل طلب المزيد من النصائح التفصيلية من نص متخصص (انظر المزيد من القراءة)

أمور العلاج الأخرى والأسئلة المتكررة

التكرارات

تميل الثآليل التناسلية إلى التكرار، في بعض الحالات التردد ينذر بالخطر. قد يحتاج هؤلاء المرضى إلى دعم نفسي.

عدوى فيروس الحليمي البشري وسرطان الشرج التناسلي

يعرف HPV الآن بأنه سبب مهم للسرطان الشرجي التناسلي واللوزتين. من بين أكثر من 100نوع مختلف من HPV، تم التعرف على حوالي 30 نوع لديه القدرة على التسبب في خلل التنسج [تنشؤ داخل الظهارة] والسرطان. الأكثر أنواعاً تسمى *عالية الخطر* هي HPV—16 و18. HPV—6 و11 وُجدت في الثآليل التناسلية واعتبرت من أنواع الفيروس *منخفضة الخطر*. كما ذكرنا سابقاً، العديد من الأشخاص النشيطين جنسياً يؤون مستويات منخفضة من فيروس الحليمي البشري في السبيل التناسلي، بما في ذلك الأنواع عالية الخطورة 16 أو 18. في معظم الأفراد من المحتمل أن تختفي هذه العدوى في النهاية، وفي حالات أخرى قد تستمر إلى أجل غير مسمى ولكن لا تشكل مشكلة. في عدد قليل من الأفراد، قد تؤدي عدوى HPV إلى تغيير خلل التنسج الخلوي. قد يعود خلل التنسج الخلوي إلى طبيعته بمرور الوقت أو، مرة أخرى في عدد قليل من الأفراد، يتطور إلى السرطان. فرص إصابة الفرد بفيروس الحليمي البشري *عالي الخطورة* يُطور سرطان عنق الرحم ويعتمد على عدة عوامل.

وتشمل كمية الفيروس الموجودة، واستجابة المضيف المناعية المحددة وراثياً للفيروس، التي سيكون لها بعض السيطرة على استمرار الفيروس، والعوامل المساعدة الأخرى مثل التدخين وربما وجود عدوى تناسلية أخرى [مثل الكلاميديا].لا تنصح المملكة المتحدة حالياً بإجراء المزيد من فحص خلايا عنق الرحم في النساء اللواتي لديهم تاريخ من ثآليل تناسلية أو البثور التناسلية المتصلة.

استخدام الواقي الذكري

ينصح معظم الأطباء باستخدام الواقي الذكري أثناء وجود الثآليل ومعظم المرضى يشعرون بالراحة مع هذا. بالرغم من أن الفيروسHPV يبقى في الظهارة بعد إزالة الثآليل، درجة العدوى تحت السريرية للفيروس المحمول حالياً غير معروفة كما هو الحال للتأثير الوقائي للواقي الذكري للعدوى تحت السريرية. لذلك من الصعب للغاية تقديم المشورة بدقة كم من الوقت يجب استخدام الواقي الذكري بعد علاج ناجح على ما يبدو. يبدو أن هناك حاجة أقل لاستخدام الواقي الذكري في العلاقات طويلة الأمد مثل الشريك المكشوف حيث من المحتمل أن يكونوا مصابين بالفعل بالفيروس.

الجنس الفموي

كما يمكن أن تنتقل الثآليل في بعض الأحيان إلى الفم من خلال الاتصال الفموي ـ التناسلي، يوصى عادةً الأزواج بالامتناع عن ممارسة الجنس الفموي أثناء وجود الثآليل. على أي حال، اعتماداً على موقع ومدى الآفات، مع العناية الكافية فقد يكون من الممكن تجنب الاتصال المباشر بالثؤلول.

أسباب أخرى *للكتل* التناسلية

حطاطات القضيب الحليمية أو اللؤلؤية

حطاطات حليمية في القضيب أو *حطاطات لؤلؤية وردية في القضيب* هي أحد أكثر الحالات شيوعاً التي يُختلط بينها وبين الثآليل التناسلية عند الرجال. تظهر الآفات على شكل صفوف صغيرة من اللون الوردي أو حليمات خيطية بيضاء على إكليل حشفة القضيب بواسطة اللجام **[الشكل، 17,7]**. تظهر لأول مرة في سن البلوغ وتم العثور عليها بدرجات متفاوتة فيما يصل إلى 40% من الرجال. الحطاطات غير ضارة ولكنها سبب متكرر للقلق؛ إذا كنت غير متأكد، أسأل طبيب الجهاز البولي التناسلي

لتقييمها. حطاطات صـــغيرة من اللجام يمكن أن يصـــعب تمييزها عن الثآليل قد تتطلب الفحص بمســاعدة عدســة مكبرة أو منظار المهبل.



الشكل 17,7 حُطاطات قضيبية

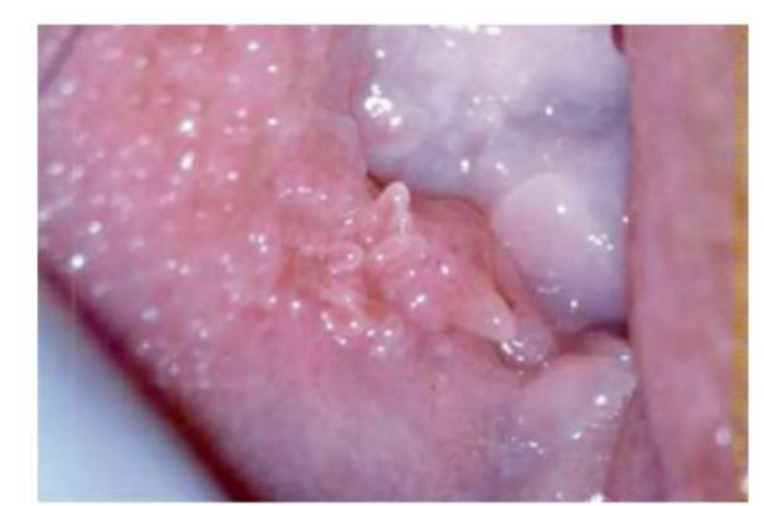
يمكن إزالة حطاطات القضـــيب عن طريق العلاج بالتبريد أو الاســـتئصــــال بالليزر إذا تســـبب في قلق تجميلي كاف ولكن الطمأنينة عادةً كافية.

نتوءات دقيقة فرجية *Vulval Micropapillae*

لدى العديد من النساء بروزات صغيرة تشبه الأصابع من السطح الداخلي للشفرين الصغيرين وحول المدخل[المُولج]. عبارة عن نتوءات دقيقة حميدة **[الشكل، 17,8]** ويمكن رؤيتها بالتزامن مع الثآليل مما يجعل التقييم السريري في الغالب صعباً. لا ترتبط النتوءات الدقيقة بعدوى فيروس الورم الحليمي البشــري وبالتالي لا تتطلب العلاج. الفحص مع بعض أشــكال التكبير، مثل منظار المهبل، غالباً ما يكون مطلوب لتمييز هذه الآفات عن الثآليل التناسلية.

بقع فوردايس *Fordyce Spots*

بقع فوردايس **(الشــكل، 17,9 و17,10)** هي غدد دهنية هاجرة، منتشــرة للغاية وترى في كل من الرجال والنســاء كبقع صغيرة بلون الكريم تحت سطح الجلد مباشرةً.



الشكل، 17,8 نتوءات دقيقة فرجية



الشكل، 17,9 بقع فورديايس فرجية



الشكل، 17,10 بقع فوردايس في القضيب

الغدد الدهنية المشعرة

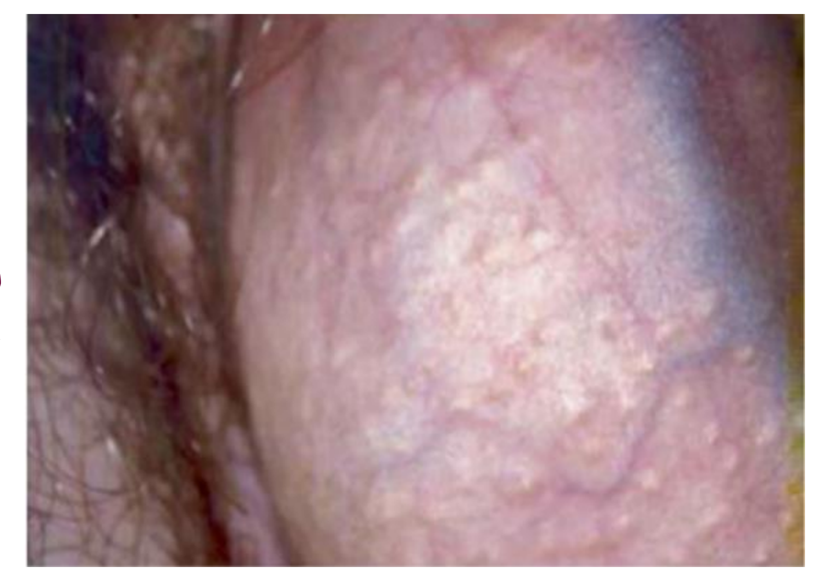
توجد هذه عادةً على طول جذع القضيب لكن في بعض الرجال يمكن أن تكون عديدة بشكل خاص وبارزة، فتؤدي إلى القلق. يجب أن يطمئن المريض بأنها عبارة عن غدد جلدية طبيعية ولا تتطلب العلاج **(الشكل، 17,11)**.

التقران الدهني

تظهر بشكل أكثر شيوعاً مع التقدم بالعمر وربما تشبه الثآليل. تزال عن طريق الكشط، المقص أو الحلاقة تحت التخدير الموضعي للفحص النسيجي يوصى به إذا كان هناك عدم يقين تشخيصي. العلاج بالتبريد هو طريقة فعالة بديلة للعلاج **(الشكل، 17,12)**.

المليساء المعدية

تكون الآفات ناعمة ومدورة مع تسرر مركزي بالرغم من أن أشكال شبه المرجل ترى أحياناً **(الشكل، 17,13)**. العلاج يكون بالعلاج بالتبريد. تطبيق الفينول مع دعامة برتقالية حادة تميل لأن تكون أقل قدرة على التحمل. تظهر التقارير مؤخراً نتائج واعدة باستخدام إيميكويمود، بودوفيلوتوكسين وسيدوفوفير. قد تزول الآفات بدون علاج على الرغم من أن ذلك يأخذ بعض الأشهر ليحدث.



الشكل، 17,11 غدد دهنية مشعرة ظاهرة على جسم القضيب



الشكل، 17,12 التقران الدهني



الشكل، 17,13 المليساء المعدية

الكيسات الدهنية

تظهر على شكل تورم مدور، كريمي، أصفر، ناعم. قد تصل كيسات الصفن إلى سنيمتر واحد في القطر وغالباً متعددة **[الشكل، 17,14]**.





الشكل، 17,14 كيسات الصفن الدهنية

الحزاز المسطح

قد يتم الخلط بين الآفات الحطاطية للحزاز المسطح وبين الثآليل المسطحة أو الحطاطية. يُساعد التشخيص باللون البنفسجي ووجود السطور الخطية البيضاء الدقيقة [خطوط ويكهام] وبوجود الحالة في مكان آخر من الجسم [انظر الصفحة 107، **الشكل، 15,5**].

الحزاز الساطع

حالة غير شائعة تظهر على شكل حطاطات لامعة، بنية، على شكل قبة أو وردية صغيرة جداً. تعتبر شكل من أشكال الحزاز المسطح.

الصداف

اللويحات الصدفية قد تُشخص أحياناً خطأ على أنها ثآليل مسطحة. الآفات التناسلية غالباً ما تفتقر إلى المقياس الفضي المميز الذي يترك سطحاً أحمر لامعاً قليلاً [انظر أيضاً الصفحة 107، **الشكل، 15,6**].





الشكل، 17,15 Condylomata Lata

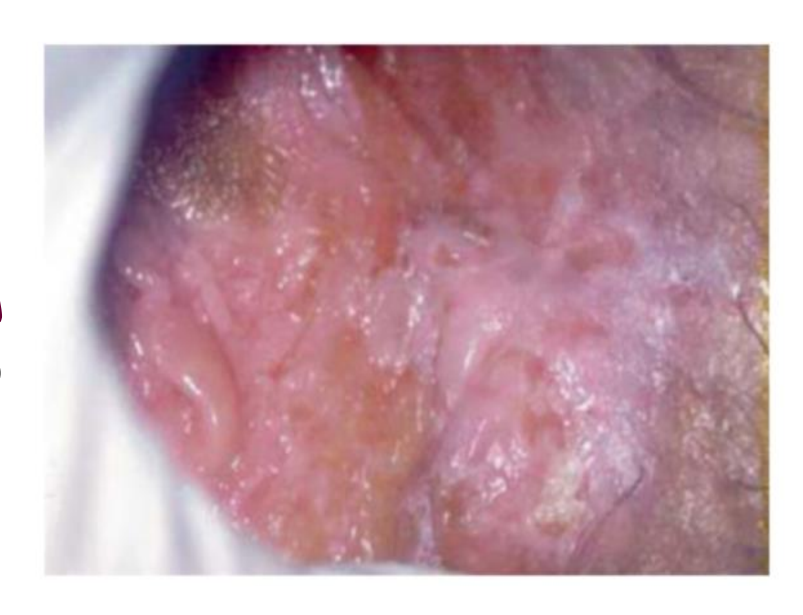
Condylomata Lata

سـمة من سـمات الزهري الثانوي [السـفلس الثانوي] التي تظهر باللون الوردي أو الرمادي، آفة رطبة مرتفعة قليلاً [**الشـكل، 17,15**]. غالباً هناك علامات أخرى لمرض الزهري [مثلاً، طفح جلدي معمم، آفات فموية، اعتلال عقدي لمفي] واختبار المصـليات الزهري [اختبار امتصـاص ضـد اللولبيات التألقي] VDRL [اختبار مختبر أبحاث الأمراض المنقولة جنسـياً] وTPHA [اختبار التراص الدموي للولبية الشاحبة] ستكون إيجابية في هذه المرحلة من المرض.

السرطان الموضع والسرطان حرشفي الخلايا

تظهر التنشـؤات داخل ظهارة القضـيب على شـكل آفة مسـطحة أو حطاطية، حمامية أو بيضـاء ثؤلولية المظهر [**الشـكل، 17,16** والصفحة 109 **الشكل، 15,9**]. تطبيق حمض الأسيتيك [مسحة شاش مبللة ب 5% حمض الأسيتيك ومثبتة على الآفة ل5.3 دقائق] يسلط الضوء على الآفات، بالرغم أنه قد نحتاج الفحص مع منظار المهبل للكشف عن السمات المميزة.

الخزعة مطلوبة لتأكيد التشخيص السريري. السرطان في الموضع هو حالة ما قبل خبيثة. تبدو الآفات السرطانية عادةً صلبة أو صـارمة، غالباً تنزف عند التلامس، وقد تكون متقرحة. نادراً ما يطرأ على الثآليل التناسـلية تغيرات خبيثة ولكن أي آفة مشبوهة تتطلب الخزعة.



الشكل، 17,16 تنشؤ داخل ظهارة القضيب (PIN)

القيلة اللمفاوية

حالة شائعة تظهر على شكل شريط يشبه الدودة، متين، ناعم في أو أسفل التلم الإكليلي أسفل حشفة القضيب مباشرةً. قد يكون هناك مؤخراً تاريخ من النشاط الجنسي الشاق. لا يوجد علاج نوعي والحالة تشفى مع الوقت **[الشكل، 17,17]**.

مرض بيروني

حالة مجهولة السبب تتميز بتطور لويحات ليفية في القضيب. يعطي بعض المرضى تاريخ لرض القضيب الذي يسمح بالنزف داخل الغلالة البيضاء. يؤدي هذا إلى حدوث تفاعل التهابي يؤدي إلى ترسب الفيبرين وتشكيل الندبة. غالباً ما يكون العرض الملاحظ من قبل المريض هو كتلة غير مؤلمة، ترتبط أحياناً بعدم الراحة أثناء الانتصاب. مع تقدم الحالة، قد ينحني القضيب إلى جانب واحد عند الانتصاب، أحياناً يجعل الجماع مستحيلاً. بعض المرضى يلاحظون انحناء القضيب قبل اكتشاف وجود كتلة. عادةً ما يتحسن تلقائياً بمرور الوقت [غالباً أشهر أو سنوات] والطمأنينة هي كل ما هو مطلوب.





الشكل 17,17 القيلة اللمفاوية في القضيب

يوجد تقارير عن نجاح التاموكسيفين المستخدم في المرحلة المؤلمة المبكرة للحالة وقد يكون فيتامينE جديراً بالاعتبار أيضاً عندما يكون الانتصاب ضعيفاً لكن بشكل عام الاستجابة للتدخل الطبي ضعيفة. النهج الأخرى المبلغ عنها تتضمن البوتاسيوم بارا ـــ أمينو بنزوات [POTABA] حقن فيراباميل أو تريامسينولون داخل الآفة. من الأفضل حجز الجراحة لهؤلاء المرضى الذين يعانون من تشوه القضيب الذي يتعارض مع الجماع.

الفصل الثامن عشر

تهيج الأعضاء التناسلية

يجب سؤال المريض المصاب بتهيج الأعضاء التناسلية الآتي:

- بالضبط أين هو التهيج ـــ القضيب، كيس الصفن، باتجاه مدخل المهبل، على الشفرين الكبيرين، فوق الأعضاء التناسلية في منطقة العانة؟
- هل هناك أي شيء يمكن رؤيته، مثل الطفح الجلدي، الثآليل، أو قمل العانة؟
- هل يوجد تهيج في مكان آخر من الجسم؟

فيما يلي الأسباب الأكثر شيوعاً لتهيج الأعضاء التناسلية:

- الأمراض الجلدية . التهاب الجلد، الحزاز البسيط، الحزاز المسطح، الحزاز المتصلب، إلخ.
- العدوى ـ داء المبيضات، الهربس التناسلي المبكر [مرحلة ما قبل التقرح]، عدوى فيروس الحليمي البشري [الثآليل أو VIN]، داء المشعرات، قمل العانة.

يتم تغطية هذه الشروط في الغالب في أقسام أخرى (انظر **الفصول 8 و15**). سيركز هذا الفصل على النوعين الشائعين للعدوى الطفيلية، قمل العانة والجرب.

قمل العانة [قمال العانة *Crabs* أو داء القمل Pediculosis]

قد تنتشـــر قملة العانة [Phthirus pubis] إلى أي جزء مشــعر من الجســم باســتثناء فروة الرأس والحواجب. في كثير من الأحيان قد تكون الرموش مشمولة. تنتقل عن طريق ملامسة الجسم من خلال مقاعد المرحاض ومشاركة الملابس المتورطة في عدد قليل من الحالات. قمل العانة يتحرك ببطء شـــديد ويعيش ليوم واحد فقط بعيداً عن المضـــيف. أبلغت العديد من البلدان عن انخفاض في حالات قمل العانة، من المحتمل أن يكون مرتبطاً بموضة حلاقة الأعضاء التناسلية والعانة.

الأعراض

التهيج هو العرض الأكثر شيوعاً وستعتمد شدته على مستوى فرط الحساسية لمستضد القملة. في شخص لم يتعرض مسبقاً، الأعراض قد تأخذ من حوالي 5 أيام إلى عدة أسـابيع لتحدث. يمكن أن يؤدي الخدش المفرط في بعض الأحيان إلى تسـحج وعدوى ثانوية. العدوى الشـديدة ينتج عنها لدغات متعددة خلال فترة قصـيرة من الزمن وربما تسـبب حمى خفيفة والشـعور بالضيق العام.

العلامات

قد يلزم البحث الدقيق عن البيوض [الصـئبان] والقمل في العدوى الخفيفة. بالنسبة للمبتدئين، يشبه القمل *النمش* أو قشور بنية صـغيرة **(الشكل. 18,1)**. في بعض الأحيان يوجد علامات زرقاء صـغيرة في مواقع التغذية. يتحرك قمل العانة بمعدل أقصى ل 10سم في اليوم لذلك من غير المعتاد رؤية أي نشاط خلال استشارة مدتها 5 دقائق.

العلاج

يجب غســـل الملابس بالماء الســـاخن أو التنظيف الجاف. أكثر الأنواع اســـتخداماً في داء القمل هي غســـول 0,5% Malathion، كريم1% Permethrin، 0,2% Phenothrin، و 0,5 أو 1% Carbaryl.



الشكل 18,1 قمل العانة والصئبان [تظهر على شكل *علامات* بنية صغيرة] – قد يكون من الصعب تصورها في حالات العدوى الخفيفة

يعتقد أن المستحضرات أكثر فعالية من الشامبو، ويجب وضعها على جميع شعر الجسم بما في ذلك اللحية والشارب إذا لزم الأمر. التجهيزات يجب أن تكون مغسولة بعد 12 ساعة ويطبق علاج ثاني بعد أسبوع. هذا سيقتل أي قمل يخرج من البيوض الباقية على قيد الحياة، على الرغم من أن وجود البيوض لا يعني فشل العلاج. يجب أن يُذكّر المريض بإمكانية بقاء الحكة بعد العلاج الناجح. إذا أثبت هذا وجود مشكلة، فكر باستخدام هيدروكورتيزون موضعي أو مضادات هيستامين فموية، مثل أحد المستحضرات المهدئة في الليل. حلق الشعر غير ضروري وقد يؤدي إلى تفاقم التهيج. يجب تقييم المخالطين الجنسيين ومعالجتهم على النحو المناسب. تعالج الرموش المصابة بشكل فعال بالPermethrin أو باستخدام الفازلين بلطف على الرموش.

الجرب

عثّة الجرب [Sarcoptes scabei] أصغر بكثير من قملة العانة ويمكن رؤيتها بالعين المجردة. فقط أنثى العث تحفر في الجلد وربما تعيش لشهرين، تضع خلالها أكثر من 150 بيضة وتتحرك مسافة 15سم. تنتقل عن طريق ملامسة الجلد للجلد، التي تحتاج إلى إطالة أمدها. أُبلِغ عن حالات من انتقال العدوى عن طريق ارتداء الملابس المصابة. بالرغم أن الجرب شوهد في الأطفال في سن المدرسة، إلا أن الانتقال داخل المدارس غير مألوف. يحدث تفشي المرض أحياناً في دور الرعاية، المشافي، والمؤسسات الأخرى. فترة الحضانة للهجوم الأول تصل إلى 8أسابيع مع هجمات لاحقة تنتج الأعراض في غضون أيام قليلة بسبب الحساسية السابقة.

الأعراض

تهيج يميل لأن يكون معمماً، يتجنب الرأس، وأسوء ليلاً.

العلامات

عادةً ما توجد الآفات التناسـلية عند الرجال فقط وتظهر كعقيدات على جذع القضـيب وكيس الصـفن. يوجد عادةً دليل على الجرب في أماكن أخرى، ولاسيما المواقع المفضلة وهي شبكات الأصبع وجوانب الأصابع، والأسطح المعطوفة للمعصمين، الأسطح الباسطة للمرفقين، طيات الإبط الأمامي، السرة، الحلمات، وتجاعيد الأرداف.

تشمل الآفات الكلاسيكية ما يلي:

- ظهور جحور صغيرة ومموجة وقذرة.
- حطاطات حمامية أكزيمية صغيرة.
- عقيدات صغيرة [القضيب، كيس الصفن] (**الشكل. 18,2**)

تنجو فروة الرأس، الوجه، والرقبة عند البالغين. تظهر علامات الخدش بشـكل متكرر وقد يؤدي التأكزم الثانوي والعدوى إلى إخفاء الصفات الأخرى وجعل التشخيص أكثر صعوبة.

التشخيص

غالباً ما يُشخص الجرب على أرضـية سريرية بحتة: تهيج شـديد، خاصـة في الليل، آفات مميزة، وشكاوى مماثلة لدى أفراد الأسرة أو الشركاء الجنسيين.



الشكل 18,2 عقيدات الجرب

ومع ذلك، حيثما أمكن، يجب بذل محاولة لتأكيد التشخيص الذي يتضمن تحديد العث، البيوض، أو اليرقات تحت المجهر. ضع على المكان الأول قطرة أو اثنتين من الحبر الهندي على الجحر المشتبه به وقم بإزالة أي فائض بمسحة كحولية. هذا يساعد على *إبراز* الجحر والتي يجب كشطها برفق بشفرة مشط ويتم نقل المواد التي تم الحصول عليها إلى شريحة مجهر. ضع قسيمة غطاء وافحصها بالمجهر باستخدام تكبير منخفض القوة.

العلاج

1. كل أفراد الأسرة والشركاء الجنسيين يجب أن يعالجوا: قد تبقى بدون أعراض لمدة تصل إلى 8 أسابيع وخلال ذلك الوقت انتشر المرض عن غير قصد.
2. يجب تحذير جميع المرضى من توقع حدوث تهيج مستمر لمدة تصل إلى 3أشهر بعد العلاج الناجح.
3. حذر المرضى من الإفراط بالعلاج لأن ذلك يتسبب في حدوث التهاب الجلد المهيج.
4. المستحضرات أسهل للتطبيق من الكريمات.
5. يجب أن يوضع المستحضر على كل الجلد من الرقبة إلى الأسفل مع إيلاء اهتمام خاص لراحة اليد، أخمص القدمين، المسافات بين الأصابع، والأعضاء التناسلية. ينفذ ذلك بسهولة باستخدام فراشة طلاء مقاس3–5سم وعادةً ما تكون المساعدة مطلوبة للوصول إلى المناطق الأبعد.
6. الاستحمام قبل وضع المستحضر غير ضروري وقد يزيد الامتصاص الجهازي لمبيد الجرب.
7. مضادات الهيستامين وكريم كروتاميتون قد يساعدان في تخفيف التهيج.
8. إعادة العدوى من أغطية السرير والملابس يعتبره البعض أقل خطورة.

تشمل العلاجات المتاحة غسول مالاثيون 0,5% وكريم بيرميثرين 5%. يجب غسلها 24ساعة و12ساعة بعد التطبيق، على التوالي وإعادة تطبيقها بعد 7أيام. يبدو أن Ivermectin الفموي يعمل بشكل أفضل عند الاقتران مع العلاج الموضعي.

الفصل التاسع عشر

عدوى فيروس نقص المناعة البشرية HIV

مقدمة

في المملكة المتحدة، يقدم أطباء الجهاز البولي التناسلي الكثير من رعاية المرضى الخارجيين، وفي بعض المستشفيات أيضاً رعاية للمرضــى الداخليين، للمرضــى مع عدوى HIV. لا يزال التشــخيص يحمل وصــمة عار معينة وقد يجلب إلى الواجهة المشاعر المتعلقة بالعلاقات الجنسية السابقة، النشاط الجنسي، أو إدمان المخدرات. في عام 1980، حاز الإيدز على ضجة إعلامية كبيرة في الصــحافة الطبية ومن المعلقين الاجتماعيين، ولكن مع التقدم في معرفتنا بالمرضــى والتطورات في العلاج، ينبغي الآن النظر إلى فيروس نقص المناعة البشـرية على أنه مرض مزمن. يلعب ممارسـو الرعاية الأولية أكثر من دور في علاج المرضــى المصــابين بعدوى فيروس HIV، خاصــةً خلال سـنوات ما قبل العلاج. ومع ذلك، يتطور المرض مرة واحدة ويعتبر العلاج عالي الفعالية بمضــادات الفيروســات القهقرية [HAART] ضــرورياً، يجب البحث عن مدخلات متخصــصــة. يمكن لمجموعات الأدوية غير المناســبة أن تحد بشــكل خطير في اســتراتيجيات العلاج المســتقبلية من خلال تطور مقاومة الأدوية، واختيار العلاج الصحيح للمريض الفرد ليس دائماً أمراً مباشراً. يتناول هذا الفصل عدداً قليلاً فقط من القضايا المهمة المتعلقة باختبار الأجسام المضادة لفيروس HIVوعلاج المرض.

اختبار الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية

1. يقع اختبار فيروس نقص المناعة البشــرية *Testing HIV* بشــكل عام في واحدة من أربع فئات. جميع الأفراد الذين يخضعون لفحص العدوى المنقولة جنسياً يجب أن يُعرضوا على اختبار الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية وتتبنى العديد من عيادات طب الجهاز البولي التناسلي/الصحة الجنسية سياسة *الانسحاب*. يعتبر الكثيرون أن خطر إصــابتهم بالعدوى ضــئيل ولكن قرروا المضــي قدماً في الاختبار. أصــبح اختبار HIV أكثر بكثير من جزء روتيني من شاشة

الصحة الجنسية وعلى الرغم من أن الفرد يجب أن يدرك أنه يخضـع للاختبار لعدوى HIV، لم يعد يعتبر تقييم الخطر جزءاً أساسياً من العملية و* الاستشارة*، على وجه الخصوص، محجوز لأقلية صغيرة لديها مخاوف.

مجموعة ثانية محددة تطلب اختبار أجســام المضـــادة لفيروس نقص المناعة البشــرية من أجل *راحة البال*. ربما يدخلون في علاقة جنسية جديدة ويرغبون في توضيح شك مزعج حول شريك سابق أو قد يكون لديهم أعراض بحيث يعتقدون أنه ربما بســبب عدوى HIV. من المهم المحاولة وتقييم درجة الخطر في هذه المجموعة على أنها مصـــدر قلقهم وغالباً ما يكون القلق أكبر بكثير مما يوحي به تاريخهم. يمكن طمأنة الكثير في وقت الاختبار مع مزيد من الطمأنينة التي تقدمها نتيجة سلبية. يجب أن يتضمن تقييم الخطر تاريخاً جنسياً موجزاً، خاصـة إذا ما كان هناك اتصـال جنسي سابق مع الرجال المخنثين أو المثليين، متعاطي المخدرات بالحقن، أو أشــخاص من مناطق [عالية الخطورة] في العالم؟ بالطبع لا يمكن للمرء أن يكون متأكداً من التاريخ السلوكي للشركاء السابقين ولذلك فإن الاستجواب المباشر يوفر فقط دليلاً تقريبياً للخطر الحقيقي. على الرغم من ظهور نتيجة إيجابية غير متوقعة في بعض الأحيان، الأكثر شـــيوعاً هنالك دليل من التاريخ. تذكر أن مســتخدمي الحقن الذين ينكرون مشــاركة الإبر والمحاقن [الأعمال] قد يكونوا تعرضــوا لفيروس نقص المناعة البشــرية من شركائهم الجنسيين الذين يشاركون الإبر.

تتألف المجموعة الثالثة من المرضـى الذين يقدمون إلى ممارسـي الطب مع أعراض أو نتائج سـريرية يحتمل أن تكون بسبب عدوى HIV. من المهم وجود عتبة منخفضــة للاختبار. بعض الممارســين يمتنعون عن الاختبار لأنهم غير مرتاحين لفكرة *تقديم المشـورة* للمريض، على وجه الخصـوص، الحاجة إلى أخذ تاريخ جنسـي. أود أن أنصــح بعدم تقديم المشـورة وأذكر فقط المريض الذي يرغب في إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشـرية، جنباً إلى جنب مع اســتقصــاءات أخرى، حيث أنه من المهم استبعاد عدوى HIVكسبب مساهم في المشكلة الحالية. لا الاستشارة أو أخذ التاريخ الجنسي مطلوب. تم التأكيد على تطبيع اختبار فيروس HIV في الإرشـــادات الوطنية البريطانية لاختبار فيروس نقص المناعة البشـــرية. بيانات المراقبة أظهرت أن ما يقارب ثلث جميع حالات عدوى HIV للبالغين في المملكة المتحدة لا يزالون غير مشـخصـين وحوالي ربع الأفراد الذين شُـخصـوا حديثاً يعانون من كبت المناعة مع عدد الخلايا اللمفاوية CD4<200 ml. التشـخيص المتأخر لعدوى HIV يرتبط بزيادة معدل الوفيات والمراضـة وضـعف الاستجابة للعلاج المضـاد للفيروسـات القهقرية. أيضـاً، يجب أن يؤدي التشــخيص المبكر إلى تقليل انتقال العدوى إلى الشــركاء الجنســيين كما يفعل معظم المصـــابين بـHIV ســيأخذون الاحتياطات اللازمة لمنع انتقال العدوى. البيانات من الولايات المتحدة تشـير إلى أن أكثر من 50% من الإصـابات الجديدة تحدث من خلال الانتقال من الأفراد الغير مدركين أنهم أُصيبوا.

المجموعة الرابعة التي تخضــع للاختبار هم هؤلاء الأفراد الذين يتعاملون مع الخدمات السـريرية [مثل أقسـام الطوارئ، العيادات الخارجية] في المناطق التي يتجاوز فيها انتشار فيروس نقص المناعة البشرية0,05%. حيث تم اكتشاف ذلك الآن لتكون فعالة من حيث التكلفة.

2. الاختبار الموصى به لتشخيص الإصابة بـHIV هو *مقايسة الجيل الرابع*. هذه الاختبارات لكل من الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية والمستضد P24 وسيكتشف معظم الأفراد المصابين في أربع أسابيع بعد التعرض. ينصح معظم المرضى الذين يحضرون قبل الأسبوع الرابع بأنه لا يزال يتعين اختبارهم ولكن تم توضيح *فترة النافذة* وإجراء اختبار متكرر عند الأسبوع الرابع بعد التعرض. يمكن النظر في إجراء اختبار آخر في الأسبوع الثامن إذا كان التعرض المبلغ عنه يحمل مخاطر انتقال عالية. يجب إعادة الاختبار للأفراد المعرضين لخطر الإصابة بعدوى HIV بشكل مثالي على فترات منتظمة.

3. كما تم التأكيد أعلاه، أصبح اختبار HIV أكثر بكثير من استقصاء روتيني ويجب اعتباره كذلك. يجب توثيق عرض اختبار فيروس نقص المناعة البشرية في السجل الطبي للمريض مع أي تاريخ ذي صلة. إذا رفض المريض إجراء الاختبار فيجب أن تكون أسباب ذلك موثقة.

4. يجب أن تعطى النتائج الإيجابية لـHIV بشكل مثالي وجهاً لوجه في بيئة ثقة. يجب إنشاء مسار الإحالة إلى الأمام قبل إعطاء النتيجة ويتم توفير موعد مع ممارس متخصص في فيروس نقص المناعة البشرية في أسرع وقت ممكن. النطاق الواسع من العلاج المضاد للفيروسات المتوفر حالياً يعني أنه متفائل والنهج المتفائل له ما يبرره في معظم الظروف، على الرغم من أولئك الذين يعانون من كبت المناعة الشديد قد يتطلب مناقشة أكثر هدوءاً.

5. الاختباران الأوليان المهمان للدم اللذان يوجهان المناقشة ما بعد التشخيص هما عدد الخلايا اللمفاويةCD4 والنمط الجيني لفيروس نقص المناعة البشرية. السابق يوفر معلومات عن درجة كبت المناعة وسيحدد وقت البدء بالعلاج المضاد للفيروسات القهقرية أو HAART [علاج مضاد للفيروسات عالي الفعالية]. يوفر النمط الجيني لـHIV معلومات عن مضادات الفيروسات القهقرية التي يكون الفيروس حساساً لها وبالتالي يوجه اختيار العلاج.

يبدأ HAART عادةً عند تعداد الخلايا اللمفاوية CD4 بالقرب أو أقل من 350 مل. قد يرغب بعض المرضى في البدء بالعلاج قبل هذا الوقت، خصوصاً لتقليل خطر نقل العدوى للآخرين. يجب مناقشة ذلك واحترام قرار بدء العلاج إذا كان هناك قلق من قبل الممارس فيما يتعلق بالانتقال للأمام. دراسة حديثة أظهرت الفائدة المحتملة من بدء HAARTعند التشخيص. قد يبدأ العلاج في وقت أبكر إذا كان المريض يعاني من مرض آخر متعلق بفيروس نقص المناعة البشرية [مثل أمراض الكلية، والعصبية] أو مصاب بعدوى التهاب الكبد B أو C.

6. على الرغم من أن إصابات وخز الإبرة أكثر شيوعاً في المستشفى، في بعض الأحيان يستشار الطبيب العام بعد إصابته في المجتمع أو في الجراحة. خطر اكتساب عدوى HIV من وخز الإبرة من مريض مصاب لا يأخذ مضادات الفيروسات

القهقرية تقريباً 0,3%. خطر انتقال العدوى بعد إصـابة من إبرة *مجهولة المصـدر* من الواضـح أنه أقل. خطر اكتسـاب عدوى التهاب الكبدB بعد وخز إبرة من مريض إيجابي المستضد e *e antigen* هو 30% وخطر الإصابة بالتهاب الكبد C من وخز الإبرة تقريباً 3%. إذا كانت الإصـابة من قبل طبيب أو ممرضـة من مريض في الجراحة، الاسـتجواب المباشـر سـيساعد على تحديد خطر الإصـابة، على الرغم من ذلك ضـع في ذهنك أن الأسـئلة المتعلقة بالجنس والمخدرات قد لا يتم الرد عليها بصـدق وبعض المرضـى المصـابين لا يقدمون أي تاريخ من *الاتصـال الخطر*. إذا كان هناك قلق، فاسـأل المرضـى ما إذا كانوا سيوافقون على الخضـوع للاختبار HIV، التهاب الكبد، وفي حال الاشتباه في إساءة استخدام العقاقير داخل الوريد، الإصـابة بعدوى التهاب الكبد C. إذا رفضـت الموافقة فهناك خطر محدد للإصـابة بالعدوى، ضـع في الاعتبار جرعة معززة من لقاح التهاب الكبد B، بافتراض أن العامل الصـحي طُعِّم مسـبقاً وأن مسـتويات الأجسـام المضـادة غير معروفة. يجب إجراء مصل فيروس نقص المناعة البشرية في الأسبوع الرابع والواقي الذكري المستخدم خلال هذا الوقت.

بالإضـــافة إلى الغلوبولين المناعي الخاص بالتهاب الكبد B [HBIG] يجب أخذ لقاح التهاب الكبد B في الاعتبار للمرضـــى الذين أصـــيبوا بوخزة الإبرة في المجتمع. التقييم الدقيق مطلوب في كل حالة لتحديد الخطر الحقيقي وما إذا كان هناك حاجة للوقاية. إذا كنت في شك، يخطئ على جانب واحد من الحذر. يفضل إعطاء HBIGفي غضون 48ساعة ولا تزيد عن أســبوع بعد التعرض بجرعة 200 وحدة دولية للأطفال من 0–4 ســنوات، 300 وحدة دولية للأطفال من 5–9 سنوات و500 وحدة دولية للبالغين والأطفال فوق 10 سنوات. يجب إجراء مصـل HIV في الأسبوع الرابع. من المستحسن إجراء مناقشة مع مختبر الصحة العامة المحلي الخاص بك؛ قد يكون لديهم بالفعل إرشادات لعلاج إصابات وخز الإبرة في الممارسة العامة.

7. يجب مراعاة العلاج الوقائي بعد التعرض [PEP] بشـدة إذا كانت هناك إصـابة بوخز الإبرة تشـمل دم مصـاب بفيروس نقص المناعة البشرية أو إذا كان من المحتمل أن يكون الفرد تعرض لـHIV من خلال الاتصـال الجنسـي [PEPSE]. تعطى ثلاثة أدوية في أسرع وقت ممكن [بشكل مثالي في غضـون 24 سـاعة] على الرغم من أنه يمكن إعطاء الوقاية حتى 72 ساعة بعد التعرض. قرار بدء ب PEP وPEPSE ليس دائماً مباشراً [مثل. الشخص المصاب بفيروس نقص المناعة البشـرية المقاوم للأدوية، الحمل الفيروســي غير قابل للكشــف، كما هو الحال عادةً عند العلاج، أم أنه مرتفع للغاية، إلخ.] ويجب طلب المشورة المتخصصة.
8. يجب التشجيع على إجراء اختبار HIV في إطار الممارسة العامة. هذا من شأنه أن يساعد بالتأكيد على تطبيع الاختبار وينبغي تحديد الأفراد المصـابين الذين قد يكون هناك بعض التأخير قبل التشـخيص. ومع ذلك هناك نقاط قليلة تسـتحق النظر.

- أولاً، لأسباب تتعلق بالسرية، يفضل العديد من المرضى عدم وجود سجل لاختبار الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشـــرية في ملاحظات الممارســـة العامة الخاص بهم. إذا أثبت أن النتيجة إيجابية فمن المهم بالطبع أن يكون الممارس العام على علم بالتشخيص.

- ثانياً، ممكن تقييم واختبار المرضى الذين لديهم عوامل خطر محتملة للإصابة بالعدوى بشكل أفضل في عيادة طب الجهاز البولي التناسلي حيث يمكن تقديم الدعم والمعلومات الكاملة إذا كانت النتيجة إيجابية.
- ثالثاً، إذا كان الفرد قلقاً بشأن التعرض الجنسي المحتمل لHIV فمن الحكمة التحقق من الأمراض الأخرى المنقولة جنسياً، مثل الكلاميديا، وهي أكثر شيوعاً من فيروس نقص المناعة المكتسبة.

9. تدير العديد من عيادات طب الجهاز البولي التناسلي الآن *نقطة رعاية* أو * الخدمة السريعة* اختبار الأجسام المضادة لHIV الذي يوفر النتائج بينما ينتظر المريض أو خلال 24 ساعة على التوالي. هذا مثالي للمريض القلق الذي يمتنع عن الاختبار بسبب انتظار النتائج لعدة أيام.

الميزات السريرية والعلاج

التغير المصلي [عدوى فيروس نقص المناعة البشرية الأولية]

أُبلغ أكثر من 50% من المرضى عن حالة *تشبه الانفلونزا* أو *الحمى الغدية* في وقت الانقلاب المصلي [أي حوالي 2-6 أشهر بعد الإصابة]. ينصح بالبدء والاستمرار بالعلاج بمضادات الفيروسات القهقرية في عدوى HIV الأولية خصوصاً إذا كان هناك تدخل عصبي، عدد الخلايا اللمفاوية CD4<350ml أو مرض الإيدز.

استمرار تضخم العقد اللمفاوية المعمم

بعد فترة زمنية متغيرة يتطور عند عدد من المرضى تضخم العقد اللمفاوية في عنق الرحم والإبط. عادةً ما يكون هذا غير مؤلم وعادةً ما يكون قطر العقد المصابة >1سم. ضخامة العقد اللمفاوية ليس لها أهمية إنذارية.

أعراض بنيوية

يبقى العديد من مرضى HIV بدون أعراض لعدد من السنوات. خلال هذا الوقت يتكاثر الفيروس في الأنسجة اللمفاوية ومواقع الجسم الأخرى وعلى الرغم من تدمير الخلايا اللمفاويةCD4، فإن الجهاز المناعي يكون قوياً بما فيه الكفاية للحفاظ على مستويات الخلايا اللمفاوية الطبيعية. بعد فترة عادةً ما تكون بضع سنوات، تظهر علامات تدهور جهاز المناعة وسقوط الخلايا اللمفاوية. هذا يرتبط أحياناً بتطوير الأعراض البنيوية مثل فقدان الوزن، التعرق الليلي، الإسهال والخمول الشديد. من المهم التذكر بأن العديد من المرضى مع عدد منخفض للخلايا اللمفاوية CD4 يكونوا لا عرضيين. مراقبة عدد CD4 كل 3-6 أشهر يعني

أن معظم المرضى بدؤوا الآن في العلاج قبل ظهور الأعراض. عادةً ما تحل الأعراض مع العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية مع تحسن الحالة المناعية.

متلازمة نقص المناعة المكتسب [الإيدز]

هذا مصطلح عاطفي وليس مفيداً بشكل خاص من الناحية السريرية. يشير تشخيص الإيدز إلى كبت المناعة بشكل ملحوظ وعدد من الحالات السريرية [مؤشر المرض] سيضع المريض في فئة تشخيص الإيدز. بالإضافة إلى ذلك، يصنف جميع المرضى الآن الذين يعانون من عدد الخلايا اللمفاوية CD4<200 cell/ml بغض النظر عن وجود أو عدم وجود *مؤشر المرض* على أنهم مصابون بالإيدز. ومع ذلك، من المهم طمأنة المريض بأن HAART سيقود في كثير من الأحيان إلى تحسن سريري كبير، بالرغم من هذا من الواضح أن تعتمد على شدة مرض الإيدز. تبقى مجموعة فرعية صغيرة من مرضى HIV سريرياً بشكل جيد لسنوات عديدة، تظهر القليل من الأدلة على تطور المرض، مع انخفاض مستوى أو حمل فيروسي غير قابل للكشف. يعتقد أنه نتيجة استجابة مناعية أولية قوية ودائمة لمضادات فيروس نقص المناعة البشرية مما يؤدي إلى تنظيم هابط للتكاثر الفيروسي في الأنسجة اللمفاوية. تدرج شروط تعريف الإيدز في الجدول 19,1.

الجدول 19,1 شروط تعريف الإيدز
التهاب رئوي جرثومي [متكرر]
داء المبيضات [المري، القصبة الهوائية؛ وليس في الفم]
عدد الخلايا اللمفاوية CD4<200 ml أو أقل من 14% من جميع الخلايا اللمفاوية
سرطان عنق الرحم [لا يشمل السرطان الموضعي]
الفطار الكرواني [منتشر أو خارج الرئة]
التهاب السحايا بالمستخفيات وأمراض أخرى خارج الرئة
داء الكريبتوسبوريديوس مع الإسهال المستمر لمدة <شهر واحد
مرض الفيروس المضخم للخلايا [بخلاف الكبد أو الطحال أو العقد اللمفاوية]
عدوى الهربس البسيط أو تقرح يستمر لمدة تزيد عن شهر واحد، التهاب الشعب الهوائية، التهاب رئوي، التهاب المري

اعتلال الدماغ بفيروس نقص المناعة البشرية
متلازمة هزال فيروس نقص المناعة البشرية
داء النوسجات [منتشر أو خارج الرئة]
داء الأسبريا مع الإسهال المستمر لمدة تزيد عن شهر واحد
ساركوما كابوزي
سرطان الغدد اللمفاوية في الدماغ
لمفوما لاهودجكن
مرض معقد المتفطرة الطيرية
المتفطرة السلية: أي موقع [رئوي أو خارج رئوي]
المتفطرة من الأنواع الأخرى: منتشرة أو خارج الرئة
ذات الرئة [Pneumocystis Carinii المعروفة سابقاً باسم Pneumocystis jirovecii]
اعتلال بيضاء الدماغ متعدد البؤر التقدمي
تسمم السالمونيلا [متكرر]
داء المقوسات في الدماغ

نقاط العلاج المهمة

1. من المستحسن إجراء مراجعة سريرية كل 3–6 أشهر. كلما كان المرضى بصحة جيدة وقل عدد الزيارات للعيادة، كلما كان ذلك أفضل لأنه قد يكون بمثابة تذكير غير سعيد بتشخيصهم. ومع ذلك، يحتاج بعض المرضى إلى دعم نفسي، خاصة في وقت التشخيص وعندما يكون هناك دليل على كبت المناعة أو أعراض مرتبطة بالعدوى.
2. تشمل المشاكل التي يجب معالجتها ومناقشتها ما يلي:

- الحاجة إلى إخطار الشركاء الجنسيين أو Works-sharing*partners*. هذه مسألة مهمة تتطلب مناقشة متأنية. إخطار الشريك هو أحد المهام العديدة التي يقوم بها المستشار الصحي لعيادة طبيب الجهاز البولي التناسلي ويجب أخذها في الاعتبار عندما يكون المريض رافض للتو الاتصال بشريك سابق. ومع ذلك، يقدّر معظم المرضى تماماً الحاجة إلى إبلاغ شركاء الاتصال السابقين ويحملون هذه المسؤولية.
- كيف تتجنب نقل العدوى [أي الممارسات الجنسية الآمنة أو غير الآمنة؛ ممارسات الحقن الآمن]. توفر الواقيات الذكرية حاجزاً مناسباً لفيروس HIV؛ ومع ذلك، تظهر المشاكل عندما لا يتم استخدامها بشكل متواصل أو عندما تنشطر أو تنزلق عن القضيب. تتوفر الواقيات الذكرية القوية للجماع الشرجي، على الرغم من أنها قد تتمزق في بعض الأحيان، وتذكر أن تنصح باستخدام المزلقات القائمة على الماء بدلاً من المزلقات التي تحتوي على زيوت. هناك خطر ضئيل ولكنه مؤكد لانتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الجنس الفموي؛ ينصح باستخدام الحاجز المطاطي [مربع رقيق من اللاتكس] أو الواقي الذكري المنكه. يجب تجنب الممارسات التي قد تسحب الدم، مثل العض أو الخدش. يعتبر التقبيل، الاستمناء المتبادل، وفرك الجسم آمنين. ينبغي لمتعاطي المخدرات بالحقن أن يتجنبوا تشارك الإبر الملوثة، الملاعق، والمحاقن[الأعمال] ويدير العديد من الصيادلة ووكالات الأدوية مخططات لتبادل الإبر. يعتبر غلي المحاقن والإبر المستخدمة بديلاً أقل أماناً. يعمل التبييض على خفض مستويات الفيروس النشط ولكنه غير موثوق ويجب ألا يؤخذ في الاعتبار إلا في حالة عدم وجود بديل معقول. يتطلب الأمر تبييض منزلي قوي مع وقت الاتصال لا يقل عن 30 ثانية.
- من يجب إبلاغه أو يحتاج إلى معرفة التشخيص. انصح المريض بالتفكير ملياً قبل إخبار الآخرين بالتشخيص. نادراً ما يحتاج أرباب العمل وزملاء العمل إلى إبلاغهم.
- أسلوب حياة صحي. هذا يتضمن الحصول على قسط كافٍ من الراحة، ممارسة الرياضة على النحو المسموح به، تقليل وفي النهاية الإقلاع عن التدخين، اتباع نظام غذائي *صحي*، وتقليل الإجهاد غير الضروري. يستفيد بعض المرضى من الرعاية الطبية التكميلية مثل رد الفعل المنعكس، العلاج بالروائح، تدليك الوجه، وتقنيات الاسترخاء والتخيل.
- الحمل وخطر إصابة الأطفال. يحدث انتقال المرض من معظم الأمهات إلى أطفالهم في وقت متأخر من الحمل أو أثناء الولادة. بدون علاج، تختلف معدلات الانتقال من 15–20% في أوروبا وهي أعلى، في المنطقة 30%، في

إفريقيا. مع العلاج ربما ينقص خطر الانتقال إلى أقل من 1%. يرتبط زيادة خطر انتقال العدوى إلى الطفل بارتفاع الحمل الفيروسي للأم، انخفاض عدد الخلايا اللمفاويةCD4، تمزق الأغشية المبكر، والولادة المهبلية مع حمل فيروسي يمكن اكتشافه. من الممارسات الحالية تقديم المشورة بشأن العلاج بمضادات الفيروسات القهقرية خلال مراحل متأخرة من الحمل، إما كدواء وحيد [Zidovudine] أو كنظام دوائي ثلاثي. ينصح بالولادة المهبلية إذا كان مستوى الحمض النووي الريبي لHIV [الحمل الفيروسي] أقل من 50 نسخة/مل في الأسبوع 36 من الحمل أو الولادة، وإلا يوصى بإجراء عملية قيصرية اختيارية في الأسبوع 38. يجب أن يوصف للطفل شراب زيدوفودين لمدة أربع أسابيع إذا كان الحمض النووي الريبي لفيروس نقص المناعة البشرية للأم أقل من 50 نسخة/مل ودواء ثلاثي إذا كان الحمل الفيروسي أعلى من هذا المستوى. تحمل الرضاعة الطبيعية خطراً إضافياً لانتقال العدوى ويجب النصح بعدم وجود بدائل آمنة. ومع ذلك، الرضاعة الطبيعية لا يزال يوصى بها في العالم النامي حيث الحماية ضد الأمراض المعدية تفوق مخاطر انتقال HIV.

- ما هو الدعم المتاح. سيكون الدعم متاحاً على الصعيدين المحلي والوطني. من الأفضل الحصول على معلومات حول مجموعات الدعم المحلي من عيادة طبيب الجهاز البولي التناسلي.
- اللقاحات. لا ينصح باللقاحات الحية عند المرضى المصابين بعدوى HIV عرضي أو عدد CD4<200cell/ml. موانع استعمال اللقاحات الحية التي تنطبق على عامة السكان تنطبق أيضاً على الأشخاص المصابين بHIV، بغض النظر عن عدد خلاياCD4. بعد التطعيم ضد التهاب الكبدB، معدلات الاستجابة ومستويات الأجسام المضادة السطحية للالتهاب الكبد Bغالباً ما تقل ويحتاج بعض الأفراد إلى إعادة التطعيم بجرعة مضاعفة من اللقاح. يوصى بالتطعيم ضد المكورات السحائية لجميع الشباب المصابين بHIV البالغين الذين تقل أعمارهم عن 25 عاماً والذين لم يتلقوا اللقاح من قبل، وفق للإرشادات الوطنية في المملكة المتحدة. يوصى بالتطعيم أيضاً ضد الانفلونزا والمكورات الرئوية بالرغم من ذلك من المهم أن تضع في الاعتبار بأن مستويات الأجسام المضادة ومدة الاستجابة قد تكون منخفضة، خاصة إذا كان عدد CD4<200 cell/ml.
- المتابعة السريرية. يجب التشديد على أهمية المتابعة السريرية والتأكيد على دور الأدوية في منع المضاعفات، إبطاء تقدم المرض، واستعادة وظيفة المناعة.

3. تشمل الاستقصاءات الأساسية التي تجرى بشكل روتيني بعد التشخيص ما يلي:
   - اختبار الأجسام المضادة ل HIV تأكيدي
   - مستوى الحمض النووي الريبي ل HIV [المعروف أيضاً باسم * الحمل الفيروسي *]
   - التنميط الجيني الفيروسي [المعروف أيضاً باسم *اختبار مقاومة الأدوية *- يساعد هذا في تحديد الأدوية التي يجب استخدامها ومتى بدء HAART]

- تعداد الدم الكامل
- مجموعات الخلايا اللمفاوية التائية [CD4 وCD8]
- اختبار وظائف الكبد
- اختبار الشحوم الصيامية [عدد من الأدوية المضادة للفيروسات القهقرية ترفع مستوى الشحوم]
- أمصال التهاب الكبد B وC
- مصل الزهري
- Toxoplasma Serology
- مصل الفيروس المضخم للخلايا
- تصوير الصدر بالأشعة
- تحليل البول
- الوزن

4. يجب قياس عدد الخلايا اللمفاوية CD4ونسبة CD4 ومستوى الحمض النووي الريبي ل HIV [الحمل الفيروسي] بشكل منتظم لأن هذا يوفر بعض الإرشـــادات للحالة المناعية. عادةً ما تكون كل 6 أشـــهر كافية في المرحلة المبكرة من الإصـــابة إذا كان عدد CD4 مرتفعاً. تتطلب مراقبة أكثر تواتراً عندما يبدأ تعداد CD4 أو النســبة المئوية بالانخفاض حيث سيحدد قرار بدء HAART بمعدل الانحدار أو المستوى الذي وصل إليه. ينصح معظم الأطباء ببدء العلاج عندما ينخفض العدد نحو أو أقل من 350 خلية/مل. أيضـاً توضـع في الاعتبار HAART عند المرضـى العرضـيين بغض النظر عن عدد CD4. قد يتغير النهج كما أظهرت دراسـة حديثة أنه ممكن الاسـتفادة من بدء العلاج وقت التشـخيص. خطر الإصـابة بالمتكيسـة الرئوية jirovecii [المعروفة سـابقاً باسـم المتكيسـات الرئوية الجؤجؤية] والالتهاب الرئوي يزداد عندما يقل عدد CD4 عن 200 خلية/مل وHAART يجب أن تبدأ بالتأكيد قبل هذا الوقت. ينصح بالوقاية ضد PCP للمرضى مع عدد CD4<200 cell/ml [مثلاً. كوتريموكسازول 960 ملغ فموياً ثلاث مرات في الأسبوع].
5. يتضمن HAART استخدام مجموعة من الأدوية التي تعمل على مراحل مختلفة من دورة تنسخ فيروس HIV. عادةً ما تســـتخدم ثلاثة أدوية في البداية، وأحياناً أربعة، وعدد من التراكيب التي تجمع الأدوية في قرص واحد أو كبســـولة، كمساعدة في الالتزام. يوجد حالياً خمس مجموعات من الأدوية شائعة الاستخدام.

a) المثبطـات النوكليوزيـديـة لأنزيم التنـاســـخ المعكوس [مثـال. Abacavir، emtricitabine، zidovudine، tenofovir، lamivudine]

b) المثبطـات غير النوكليوزيـديـة لأنزيم التنـاســـخ المعكوس [مثـال. Efavirenz، etravirine، rilpivirine، nevirapine]

c) مثبطـات أنزيم البروتيـاز [مثـال. Atazanavir، darunavir، lopinavir، fosamprenavir، saquinavir، ritonavir–كثيراً ما تستخدم في جرعة منخفضة *معززة* مع مثبطات البروتياز الأخرى]

d) مثبطات الاندماج [مثال. Dolutegravir، elvitegravir، raltegravir]

e) مثبطات CCRS *مثبطات الدخول * [مثال. Maraviroc]

كما ذكرنا أعلاه، فإن اختيار التركيبة الصحيحة للمريض الفرد ليس دائماً أمراً سهلاً. يجب الأخذ في الاعتبار التفاعلات المحتملة مع الأدوية الأخرى، مقاومة عقاقير فيروس نقص المناعة البشرية، أسلوب حياة المريض، والمشاكل الطبية الأخرى [مثل. الاكتئاب، فقر الدم، فرط شحوم الدم].

6. يعتبر نهج * الرعاية المشـتركة* مع الممارسـين العامين المشـاركين في العلاج السـريري جنباً إلى جنب مع فريق المستشفى نموذجاً مفيداً لاعتماده. قد يكون هناك حاجة لفريق متعدد التخصصات لبعض المرضى مع أطباء المستشفى، الأطباء العامون والأخصائيون الاجتماعيون والمستشارون وأخصائيي التغذية وعمال الأدوية وممرضات المنطقة يعملون معاً بشـكل وثيق. معظم الفرق لديها أيضـاً *ممرضـة اتصـال بفيروس نقص المناعة البشـرية* تلعب دوراً رئيسـياً في تنسيق الرعاية وتشرف على الانتقال السلس بين المستشفى والمجتمع.

7. يلخّص الجدول 19,2 تدبير مضـاعفات عدوى فيروس نقص المناعة البشـرية. إن التشـخيص المبكر للعدوى والعلاج عندما يصـل تعداد CD4 إلى 350 خلية/مل قد نتج عنه عدد أقل من المرضـى الذين يعانون من مضـاعفات، حيث تظهر هذه المضـاعفات غالباً في سـياق التثبيط المناعي الشـديد. بالإضـافة إلى ذلك، عادةً ما ينتج عن بدء HAART اسـتعادة كافية لجهاز المناعة للمسـاعدة في حل المضـاعفات. يلخص الجدول 19,2 تدبير مضـاعفات عدوى فيروس العوز المناعي البشري.

الجدول 19,2 مضاعفات عدوى فيروس العوز المناعي البشري

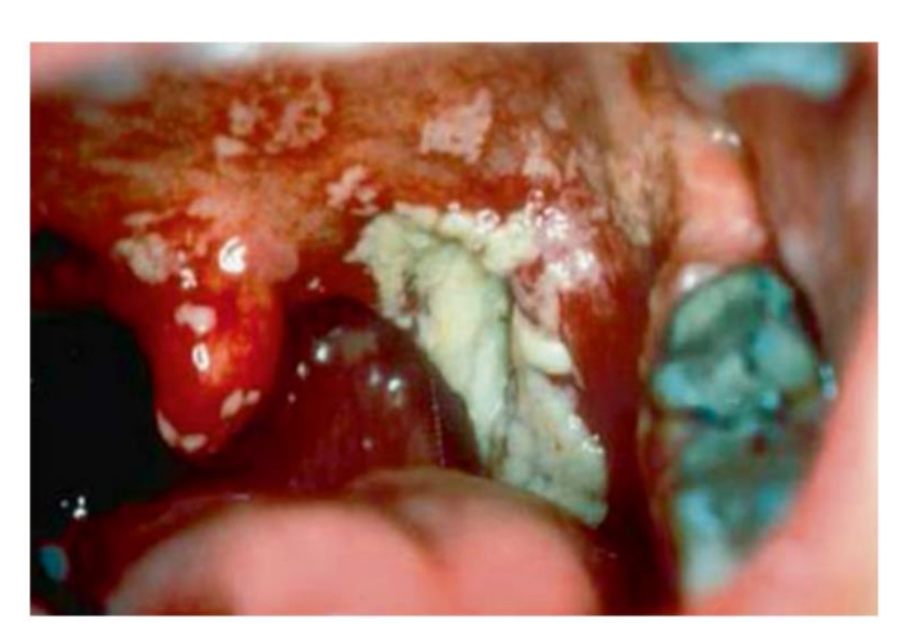
أعراض	سبب مشترك	علاج شائع
قرحة الفم +عسر البلع	داء المبيضات [الشكل 19,1] الهربس البسيط	نيستاتين معلق، هلام ميكونازول، فلوكونازول، إيتراكونازول أسيكلوفير، فاسيكلوفير، فالاسيكلوفير
الإسهال + فقدان الوزن	Cryptosporidium Microsporidiosis فيروس نقص المناعة البشرية	فوسفات الكودين، لوبيراميد، نيتازوكسانيد، ألبيندازول، باروموميسين فوسفات الكودين، لوبراميد
صداع الرأس	التهاب السحايا بالمستخفيات داء المقوسات سرطان الغدد اللمفاوية في الجهاز العصبي المركزي	أمفوتربسين +فلوسيتوزين، فلوكونازول بيريمثامين+سلفاديازين/كليندامايسين/كلاريترومايسين/أزيترومايسين التكهن سيء للغاية
السعال+ ضيق التنفس	المتكيسة الرئوية جيروفيسي الالتهاب الرئوي الجرثومي السل	كوتريموكسازول، بنتاميدين، أتوفاكون العلاج التقليدي العلاج التقليدي
فقدان البصر	التهاب الشبكية المضخم للخلايا	جانسيكلوفير، فوسكارنيت، سيدوفوفير
الحمى /فقدان الوزن	Mycobacterium avium complex	العلاج المركب عادةً 2–3 أدوية

	الفيروس المضـــــخم للخلايا لمفوما لاهودجكن	مثال: ريفابوتين، كلوفازيمين، كلاريترومايسين، ازيترومايسين، سيبروفلوكساسين، ايتامبتول، ستربتومايسين، أميكاسين جانسيكلوفير، فوسكارنيت العلاج الكيميائي مثال CHOP
مشاكل أخرى		
قلة الصفيحات		زيـدوفودين، بريـدنزلون [العلاج في كثير من الأحيـان غير مطلوب]
سـاركوما كابوزي [الشـكل 19,2]		العلاج الإشـعاعي، فينبلاسـتين+بليوميسـين، دوكسـوروبيسـين شــحمي، دانوروبيســين شــحمي، باكليتاكســيل، إيتوبوســايد *تمويه الجلد*
الهربس التناسلي		أسيكلوفير، فامسيكلوفير، فالاسيكلوفير
الثآليل التناسلية		العلاج بالتبريد، بودفيلوتوكسين، إيميكويمود
المليساء المعدية		العلاج بالتبريد، بودفيلوتوكسين
التهاب الجلد الزهمي		كريم هيدروكورتيزون +مضاد للفطريات

CHOP، سيكلوفوسفاميد، هيدروكسيدونوروبيسين، فينكريستين، بريدنيزلون



الشكل 19,2 ساركوما كابوزي



الشكل 19,1 داء المبيضات في الفم

الفصل العشرون

المشاكل التناسلية عند الأطفال

مقدمة

طب الأطفال عادةً هو الخط الأول الأكثر ملائمة لإحالة الطفل الذي لديه مشـــاكل تناســـلية تتطلب رأي طبيب مختص. الإحالة إلى الطبيب النســـائي، أمراض المســـالك البولية، الأمراض الجلدية، أو طب الجهاز البولي التناســـلي لإجراء تقييماً مشـتركاً إذا اعتبر ذلك ضـروريًا. فكر في طلب المشـورة في مرحلة مبكرة، خاصـةً إذا كان هناك أدنى شـك بشـأن الاعتداء الجنسي. غالباً ما يتم تقدير مكالمة هاتفية ومناقشة قبل الإحالة في الحالات الأقل وضوحاً.

الفتيات

الإفرازات المهبلية

تنتج الفتيات قبل سن البلوغ في بعض الأحيان كمية صغيرة من الإفرازات المهبلية الشفافة، غير الكريهة. بالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يُلاحظ إفرازات أسمك قليلاً بلون أبيض مصفر خلال الأسبوع الأول بعد الولادة وخلال الأشهر التي تسبق الحيض. يشـير الإفراز الذي يكون ثقيلاً أو كريه الرائحة إلى سـبب معدي أو مرضـي. قد يترافق هذا مع تهيج الفرج وربما دليل على حمامى الفرج والمهبل.

الأسباب الأكثر شيوعاً للإفرازات المرضية تتضمن ما يلي:

1. العدوى

a) داء المبيضات Candidiasis. المبيضات هي مرض غير شائع عند الفتيات قبل سن البلوغ، على أي حال، إن الأعراض، عند حدوثها، تكون متطابقة مع البالغين المصابين بتهيج في الفرج ودليل على التهاب الفرج. قد تتطور المبيضات على اضطراب جلدي موجود مسبقاً مثل الأكزيما أو التهاب الجلد الدهني. يجب الاستفسار عما إذا كانت الأم تعاني من أعراض تشير إلى السلاق (داء المبيضات في المهبل) حيث يحدث أحياناً نقل المبيضات من الأم إلى الطفل.

b) التهاب المهبل الجرثومي Bacterial vaginosis. على الرغم من ارتباطه عادةً بالنشاط الجنسي، فقد تم توثيق التهاب المهبل الجرثومي لدى المراهقين الذين لم يبدؤوا بعد العلاقات الجنسية. تظهر الحالة أحياناً عند الأطفال الصغار جداً، ومع ذلك، لم يتم الإبلاغ عن انتشار التهاب المهبل الجرثومي في هذه الفئة العمرية.

c) العقديات المجموعةA والمجموعة B

d) الإشريكية الكولونية Escherichia coli.

e) المستدمية النزلية Haemophilus influenzae. على الرغم من أن المجموعات الثلاث المذكورة أعلاه من الكائنات الحية قد تسبب التهاب الفرج والمهبل، فقد يحدث أيضاً حمل بدون أعراض. فإن الزرع البكتيري الإيجابي من المسحة المهبلية قد لا يشير دائماً إلى الإمراضية. يمكن افتراض دور عامل ممرض حقيقي إذا زالت الأعراض وعاد إلى حالته الطبيعية بالعلاج بالمضادات الحيوية.

f) الشغيلا الفلكسنرية Shigella flexneri. تم الإبلاغ عنه كسبب من أسباب التهاب الفرج والمهبل ولكنه يعتبر غير شائع جداً.

g) الكلاميديا التراخومية Chlamydia trachomatis. المهبل قبل البلوغ عرضةً لعدوى المتدثرة. هذا على عكس البالغين حيث عنق الرحم والإحليل هما الموقعان الرئيسيان للعدوى. يجب أن تثير عدوى المصابات قبل البلوغ شكوكاً قوية في الاعتداء الجنسي، على الرغم من أن العدوى الصغيرة جداً قد تحدث عن طريق الانتقال الرأسي من الأم عند الولادة. ربما يستمر ذلك لمدة عامين بعد الولادة وربما لمدة أطول. أُبلغ عن عدوى المهبل والمستقيم بدون أعراض فيما يصل إلى ١٥% من الأطفال المولودين لأمهات مصابات. تعد التهاب الملتحمة والالتهاب الرئوي من المضاعفات الأكثر شيوعاً وقد تم الإبلاغ عنها في (٥٠-٧٠)% من الأطفال المعرضين.

h) السيلان البني Gonorrea.هذه العدوى تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ويجب اعتباره تشخيصاً للاعتداء الجنسي في أغلب الحالات.

2. الأجسام الأجنبية

تقوم الفتيات الصغيرات أحياناً بإدخال أشياء أو قطع صغيرة من ورق التواليت في المهبل كجزء من السلوك الاستكشافي الطبيعي. مع مرور الوقت، قد تؤدي هذه الأشـياء إلى ظهور إفرازات كريهة الرائحة. إدخال الأشـياء التي تحاكي القضـيب يقترح احتمال الاعتداء الجنسي بدلاً من التحفيز الذاتي.

تهيج الأعضاء التناسلية

إفرازات مهبلية

قد تسـبب احمراراً في الفرج وتهيجاً ثانوياً بسـبب الرطوبة المسـتمرة. بدلاً عن ذلك، قد تكون أعراض الفرج عائدة مباشـرة إلى بدء العدوى، على سبيل المثال مبيضات البيض.

الديدان الخيطية

تعتبر بشكل عام سبباً لتهيج الشـرج، الديدان الخيطية قد تتعقب منطقة الفرج وتؤدي إلى ظهور أعراض تناسلية في الغالب. العرض الرئيسي هو حكة العجان الليلية والفحص قد يكشف عن احمرار في الفرج والمنطقة العجانية.

المهيجات الكيميائية

حمام الفقاعات، الصـابون المعطر، والشـامبو قد يسـبب التهاب الجلد المهيج أو التهاب الجلد التماسـي الحقيقي. بالنسـبة للكبار، الكريم المائي هو بديل مفيد للصابون.

سوء النظافة

في حين أن الغسل المفرط بالصـابون المعطر قد يسبب مشاكل، والاستحمام التناسلي غير الكافي وسوء النظافة التي تؤدي إلى التعرض المطول للبول أو البراز إلى حدوث تهيج. الملابس الغير قطنية والضيقة قد تؤدي إلى تفاقم الأعراض

الاستمناء

يستمني الأطفال أو يلعبون بأعضـائهم التناسلية من الوقت الذي يمكن أن تصل أيديهم إلى هذا الحد. يعتبر هذا جزءً طبيعياً من التطور الجنسي، على الرغم من أن تكراره يولد درجة من القلق لدى الوالدين. الاستمناء العلني والمفرط ربما يشاهد عند

المتأخرين دراسياً، ويعتبر كسبب لهذا التأخر. يجب النظر في إمكانية الاعتداء الجنسي على الأطفال الآخرين، خاصة إذا تم إجراء العادة السرية في الأماكن العامة.

الحزاز المتصلب

قد تؤثر هذه الحالة على الأطفال الصغار، وبالنسبة لغير الحذرين، قد يتم تشخيصها خطأ كدليل على الاعتداء الجنسي. المظاهر السريرية هي نفسها التي تظهر عند البالغين (انظر الفصل8، **الشكل 8,6**)

الأولاد

التهاب القلفة والحشفة ليست مشكلة غير شائعة في الأولاد الصغار غير المختونين. عادةً تكون الأعراض خفيفة وتستقر بتدابير بسيطة، مثل الاستحمام. الالتهاب المتكرر غير عادي وغالباً ما يرتبط بقلفة غير قابلة للتراجع أو سوء نظافة. عند الولادة تلتصق القلفة بحشفة القضيب في معظم الأطفال. بحلول سن 6أشهر يعاني 15% من الأطفال من قابلية الانكماش القلفة وبحلول 5سنوات يستطيع أكثر من 90% من الأولاد القيام بسحب القلفة بالكامل. يزيد هذا إلى 99% بعمر 17سنة. قد يكون سبب عدم القدرة على سحب القلفة الشبم Phimosis وهو تندب مرضي للقلفة، غالباً ما يكون ثانوياً للحزاز المتصلب (المعروف أيضاً باسم التهاب الحشفة xerotica obliterans) يجب تمييز الشبم وهو قلفة طبيعية ولكنها غير قابلة للتراجع. الالتصاقات القلفية تمثل مرحلة في عملية الفصل الطبيعية لسطحين ظهاريين للحشفة والقلفة وعادةً ما يتم حلها تلقائياً دون علاج.

الفصل الواحد والعشرون

الجنس المؤلم والمشكلات النفسية الجنسية

مقدمة

قدّرت منظمة الصحة العالمية أنّه ما بين ٨-٢٢% من النساء يعانين من ألم الجماع (عسر الجماع) في بعض الأحيان. وجدت دراسة على النساء الشابات في السويد أنَّ الثلثين عانوا من الألم عندما مارسوا الجنس لأول مرة. وجدت دراسة مختلفة، ولكن مرة أخرى من السويد، على ٣٠٠٠امرأة تتراوح أعمارهن ما بين ٢٠و٦٠ سنة أن حوالي ٩% عانين من الجنس المؤلم في وقت ما خلال حياتهم؛ بالنسبة للأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ و ٢٩ عاماً كان الرقم ١٣% والأعمار من ٥٠ ل ٦٠ سنة كان الرقم ٦،٥%.تتأخر العديد من النساء في طلب المساعدة من طبيبهن، إما بسبب الإحراج أو لأنهم يأملون أن الألم سوف يتحسن مع مرور الوقت. في إحدى الدراسات المذكورة أعلاه ، فقط ما يزيد قليلاً عن ربع النساء اللواتي عانين من آلام مطوّلة شديدة في الجنس استشرن الطبيب.

عسر الجماع قد يكون عميق، مع ألم يُشعر به في الحوض، أو سطحي مع ألم موضع في الفرج أو مدخل المهبل (مولِج المهبل). النساء اللواتي لديهن عسر جماع سطحي يعانون غالباً من الألم مع محاولة اختراق القضيب أو عند استخدام السدادات القطنية. أشيع الأسباب هي التهاب الدهليز المثار موضعياً، و تمزق لجام الشفر الفرجي الخلفي وتشنج المهبل. غالباً يُشخص التهاب الدهليز بشكل خاطئ و سيتم تناوله بتفصيل أكثر في الفصل ٨.

تشنّج المهبل

التشـنج المهبلي هو حالة تمنع أو تسـبب صـعوبة أن تسـمح للمرأة بدخول أي شـيء من أي نوع كان المهبل رغم رغبتها في ذلك. هذا عادةً ما يكون سدادة قطنية أو قضيب أو إصبع أو المنظار. قد يكون استُبدل مصطلح "تشنج المهبل" بمصطلح أطول ولكن وصـفي أكثر "الألم الحوضـي التناسـلي/اضـطراب الاختراق". صـعوبة السماح بالاختراق مرتبطة بتوتّر أو شـدّ عضلات قاع الحوض (الرّافعة الشّرجية والعانة) وعادةً ما يكون مصحوباً بخوف أو قلق بشأن الاختراق.

يستخدم بعض الأطباء مصـطلح "تشنج المهبل" و "عسر الجماع" بالتبادل، ويقصـدون نف حبل س المعنى وهذا يعتبر غير صـحيح. تشنج المهبل بالتأكيد هو سبب شائع لعسر الجماع، ولكن أي حالة تسبب ألم أثناء ممارسة الجنس قد تسبب تشنج مهبل ثانوي. قد يصعب تشخيص تشنّج المهبل خصوصاً عندما يكون خفيف جداً. الفحص مطلوب للتشخيص، بالرغم من أن فحص عضـلات الحوض غير دقيق و يعتمد إلى حدّ ما على خبرة الطبيب الفاحص. يتم تقييم توتر عضـلات المهبل بإمرار الإصبع بلطف داخل المهبل، يُشعر بالعضـلة المنقبضـة و كأنّها "حبل" صـلب داخل المهبل، في بعض الأحيان يكون هذا أكثر وضـوحاً في جانب أكثر من جانب آخر. حتى من قبل فحص المهبل بالإصـبع، فإنّ فتحة المهبل قد نراها صـغيرة لأن العضلات منقبضة.

قد يصـادف الطّبيب تشـنّج المهبل عند إجراء الفحص بكلتا اليدين أو عند محاولة إدخال المنظار ليقوم بالتقييم من خلال علم أمراض الحوض . عدم القدرة على اجتياز المنظار أقلّ شـيوعاً من صـعوبة فتح المنظار لتصـوير عنق الرحم. غالباً ما يكون هناك تاريخ مُسبق من الألم مع الفحوصـات النسـائية أو أخذ المسـحات و بعض النّسـاء يربطون بداية الأعراض إلى فحص نسـائي راضّ معين من قبل طبيب غير متعاطف أو غير مدرّب جيداً. حقيقة أن تقلص العضـلات لاإرادياً حقيقة مهمة؛ مطالبة المرأة أن تسـترخي غير مفيد إلا إذا كانت تعرف كيفية إرخاء حوضـها بشـكل محدد. وقد يؤدي السـؤال عن الصعوبات السابقة في الاتصال الجنسي إلى اكتشاف مشكلة طويلة الأمد وتقديم فرصة للمساعدة.

صـعوبة أخرى عند التشـخيص والعلاج هي أن النّسـاء اللواتي يجدن لمس الأعضـاء التناسـلية مزعجاً ، ولكن ليس بالضرورة أن يكون مؤلم ، إنهم يعانون من خوف أن يُلمسوا، والاستجابة المحتملة هي رد فعل رهابي بالرغم من أن هذا يُشبه إلى حدّ كبير التهاب الدهليز المحرّض مع تشـنج مهبلي ثانوي، المشـكلة هنا مختلفة تماماً (انظر الفصـل٨). فحص النسـاء اللواتي يعانين من خوف أن يُلمسـوا صـعب لأنه لا يمكن الاتصـال بجلد الفرج، ولاسـيما عند المقدمة. بمجرد اكتسـاب ثقة الطبيب وأهمية التقييم المناسب نجد عادةً تحسن ملحوظ بالتشنج المهبلي. التشنّج المهبلي هذا هو ثانوي لخوف أو رهاب من التّعرض للّمس وليس بالضرورة خوف من الألم المتوقع، كما هو الحال مع التهاب الدهليز المثار و تمزق لجام الشفر الفرجي الخلفي وحالات الفرج المؤلمة الأخرى.

بعض النسـاء يعانين من تشـنج المهبل كجزء من اضـطراب جنسـي واسـع النطاق مرتبط مع فقدان الرغبة الجنسـية و أحياناً نفور من الاتصال الجنسي. هذا يتطلب تقييم وإدارة أكثر وضوحاً.

العلاج

يركّز علاج تشنّج المهبل بشكل خاص على كيفية تقليل تقلص أو توتّر عضلات قاع الحوض. الهدف عادةً هو مساعدة المرأة أن تمارس الجنس بدون ألم، بالرغم من أنّ البعض يرغبون أن يعانوا من ألم أقلّ بالفحوصـات النّسـائية ويقلّ انزعاجهم من الجانب الجنسي للأشياء. منذ أن أصبح تشنج المهبل مرتبط بشكل وثيق مع حالات أخرى، مثل التهاب الدهليز، يجب أن يغطي العلاج جميع أسباب المشكلة.

عضـلات قاع الحوض المسيطرة تدعى "رافعة الشـرج" و "العانية" وعند بعض النسـاء قد تكون جميع عضـلات قاع الحوض بحالة مستمرة من التّوتر المتزايد، مثل تشنّج عضلي مستمر. تتضمن إعادة التدريب تعرّض متدرج للمس الفرج و احتواء المهبل على مدى أسابيع أو شهور. على سبيل المثال، يجب أن تلمس المرأة جلد الفرج وفتحة المهبل بلطف وعندما تكون مرتاحة مع هذا، تبدأ بإدخال الإصبع بلطف داخل المهبل، وبعد ذلك مع مرور الوقت بإصبعين. قد يُفضل "أدوات تدريب" مهبلية أو "موسعات مهبلية " بأحجام مختلفة بدلاً من الأصابع. الهزاز طبي بشكل أقل وقد يكون أكثر جاذبية ولكنه غالبًا كبير بشكل مقلق بالنسبة للنساء المصابات بالتشنج المهبلي. هزازات البظر تُستخدم في المهبل ،و هي أكثر ملاءمة في المراحل الأولى. يتمّ الحدّ من شدّ العضـلات من خلال تعلُّم كيفية التحديد والتحكم الانتقائي وأخيراً إعادة عضـلات الحوض. يقوم بعض الأطباء بتدريس "الشم ، انسدال ، استرخاء" بدلاً من مجرد تقديم المشورة لشد العضلات ثم الاسترخاء. يعدّ الانتقال من دخول المهبل بالموسع المهبلي أو الإصبع لإدخال القضيب المنتصب خطوة رئيسية لا يجب أن يتم الاستعجال بها. قدّم المشورة لإدخال إصبع الشريك قبل إدخال القضيب، اقترح الاحتواء المهبلي مع الوضعية الجانبية أو العلوية للأنثى (تزود المرأة بمزيد من التحكم) قبل البدء بحركة الحوض اللطيفة. التواصل الجيّد بين الشركاء ضروري طوال الوقت والشّرح أنّه يجب أن يكون نهجًا "بطيئًا" ، مع التحرّك تدريجيًا نحو اختراق القضيب بالكامل على مدار أسابيع مع بعض الانتكاسات المتوقعة.

أخيرًا ، يسبب الذيفان الوشيقي استرخاء العضلات و تمّ تقرير حقنه في عضلات قاع الحوض لمساعدة بعض النساء المصابات بالتشنج المهبلي.

مشاكل نفسية جنسية

يجعل وقت الاستشارة المحدود المتاح في مجموعات الرعاية الأولية من الصعب تقييم وتقديم المشورة بشأن المشاكل النفسية الجنسية، على الأقل في الاستشارة الأولية. المشاكل النفسية الجنسية شائعة ، قد تكون عابرة ، تنشأ فقط في علاقات معينة أو في أوقات معينة في الحياة وقد لا تكون كذلك قابلة ل " إصلاح سريع ". هناك حاجة إلى وقت كافٍ للتأكد من المشكلة بالضبط ، واكتشاف التوترات أو القضايا الكامنة ، وتحسين استراتيجية العلاج ، والتي سيأخذها العديد من أطباء الرعاية الأولية في الاعتبار خارج مجال خبرتهم. ومع ذلك، يمكن تحقيق الكثير خلال تكرار التشاور الموسع قليلاً على مدى بضع جلسات.

يزوّد تدبير المشاكل النفسية الجنسية الطبيب بالثقة لأخذ التاريخ الجنسي والتعامل مع المشاكل الطبية التناسلية الأخرى. كما هو الحال مع الحالات الأخرى المشاهدة في الرعاية الأولية ، يمكن طلب المشورة من الاختصاصي للمشاكل الصعبة التي لا تستجيب للعلاج الأولي.

يوصى بنصوص الاختصاصيين لأولئك الذين يعانون من مشاكل نفسية جنسية على أسس منتظمة وبرامج تدريب متوفرة لأولئك الذين يبحثون عن مزيد من التعمق في التمرين. ما يلي هو مقدمة موجزة للغاية عن أنواع النهج التي يمكن تجربتها للمشاكل النفسية الجنسية الشائعة في استشارة الرعاية الأولية "المقيدة بالوقت".

ضعف الرغبة الجنسية

حاول التأكد مما إذا كانت هذه مشكلة جديدة أم شعور عرضي أو مؤقت. هل العلاقة الحالية جديدة أم قديمة وهل من خلاف؟ هل هناك اهتمامات جنسية تجاه رجال آخرين؟ وهل لدى المريض أفكار أو تخيلات جنسية؟ هذا يعطي بعض الإحساس بما إذا كانت المشكلة مرتبطة بالشريك أو الافتقار الكامل للرغبة الجنسية.

قد تتأثر الرغبة الجنسية بعدد من العوامل. وهذا يتضمن التعاسة أو الخلاف في العلاقة (عامل شائع وثابت للكثير من المشاكل جنسية) ، خيانة الشريك أو الخيانة الذاتية ، الخلل الوظيفي الجنسي عند الشريك (مثل، سرعة القذف) والاكتئاب و بعد الولادة (قد تكون متعددة العوامل) واعتلال الصحة والشيخوخة. الكشف عن هذه القضايا ومناقشتها قد يكون له تأثير علاجي مفيد ومن الضروري تجهيز الاستشارة الإضافية.

مشاكل النشوة الجنسية

قد يكون هذا عجزًا تامًا عن تحقيق النشوة الجنسية أو مشكلة موضعية مع حدوث النشوة الجنسية في ظل ظروف معينة ، مثل العادة السرية. في بعض الأحيان قد تكون التوقعات عالية ؛ لا ينبغي أن يُعتبر عدم القدرة على تحقيق الرعشات الجنسية المتعددة أمر غير طبيعي . قد تضطر إلى وصف النشوة الجنسية في بعض الأحيان)، يمكن ألّا يكون هناك معرفة من جانب المريض ما إذا كان قد تم الوصول إلى النشوة الجنسية. إن الوصف الطّبي المعقول هو زيادة الإثارة ، والشعور بالتوتر يصل إلى ذروته ثم يطلق سراحه ، ويرافقه الشعور بالاسترخاء. قد يكون هذا مصحوبًا أو غير مصحوب بشعور بتقلص العضلات.

العلاج

تحقّق من قائمة العوامل المسببة المحتملة المذكورة في قسم "ضعف الرغبة الجنسية" و خذ بهذا حسب الضرورة. تأكّد من أن المداعبة مناسبة في الطبيعة والمدة ؛ قد يتطلب ذلك نظرة عامة على علم التشريح بالإشارة إلى موضع البظر.

يمكن أن يحقّق "برنامج التدريب على العادة السرية" نتائج جيدة . قدّم المشورة للفحص الذاتي للأعضاء التناسلية مع الاطمئنان على أن لمس الأعضاء التناسلية مقبول تماماً. بعض النساء يترددون في القيام بذلك وقد يعتبرون أعضائهم التناسلية غير جذابة. قد تكون هناك حاجة إلى التطمين والتشجيع. بمجرد أن ترتاح عند لمس الشفرين وفتحة المهبل يجب أن تشرع بلطف بلمس البظر و فتحة المهبل ، وربما شدّ عضلات المهبل هو سبب قيامها بهذا . والخطوة التالية هي النصح بالتحفيز اللّطيف للبظر بإصبع أثناء تصوير خيال جنسي في نفس الوقت. يمكن استخدام الهزاز إذا لم تتحقق النشوة بعد بضع أسابيع من التحفيز بالأصابع. يجب اعتبار هذا مساعدة مؤقتة والتي ستكون مطلوبة أقلّ وأقلّ كلّما تمّ إحراز تقدّم. بمجرد تحقيق النشوة التي يسببها الاستمناء الذاتي ، اقترح أن يقوم الشريك ، أو المرأة نفسها بتحفيز البظر أثناء الاحتواء المهبلي وثمّ خلال الإيلاج الحوضي.

الرجال

الضعف الجنسي

هذه مشكلة شائعة قد تتراوح من فشل الانتصاب الكلي أو الفشل المتقطع والمرتبطة بتغيّر الحالات. هذا الأخير من غير المحتمل أن يكون ناتجًا عن اضطراب جسدي .والعوامل المحتملة التي تعجل هذا مثل التوتر والاكتئاب و "القلق من الأداء". يجب معالجة الآثار الجانبية المفرطة للكحول والأدوية. الأدوية الفموية (مثبطات خميرة فوسفو دي استيراز من النوع 5) قبل الجماع المتوقّع فعّالة للغاية في إحداث الانتصاب ، ونتيجة لذلك ، تحسين الثقة لدى المريض. المرضى الذين يعانون من فشل كامل في الانتصاب أو لديهم تاريخ من الانتصاب الجزئي فقط يجب فحص الأسباب الجسدية.

سرعة القذف

يعتبر القذف السريع أمرًا شائعًا عند الشباب خاصةً عند دخول علاقات جنسية جديدة. القذف قبل الإدخال المهبلي هو سابق لأوانه بشكل واضح ؛ ومع ذلك ، إذا ما كان توقيت القذف سريعًا جدًا بمجرد بدء الإيلاج يعتمد حقًا على ما إذا كان الجماع مرضيًا لكلا الشريكين. يمكن أن يحدث القذف المبكر في أوقات التوتر وعندما يقلّ تكرار الجماع ، كما يحدث عندما يكون

الشريك غائبًا لفترة من الزمن . يمكن أن يؤدي اكتشاف الإحباط في الشريك إلى فقدان الثقة وقد يؤدي إلى سرعة القذف أو ضعف الانتصاب. بدوره قد يطوّر الشّريك ضعف النشوة الجنسية وفقدان الرغبة الجنسية.

العلاج

تتضمن تقنية "توقف–ابدأ" قيام الشريك بتمسيد القضيب إلى مرحلة الإثارة ثم التوقف قبل مرحلة القذف الحتمي . يجب أن يتكرر هذا بضع مرات قبل السماح للتمسيد بتحقيق القذف.

تتضمن "تقنية الضغط" ضغط الشريك مباشرةً أسفل حشفة القضيب عند إشارة الرجل أنّه وصل إلى مستوى إثارة عالية (كما في تقنية "توقف–ابدأ"). يُكرّر هذا عدة مرات قبل السماح بالقذف. بمجرّد أن يحقّق الرّجل درجة من السيطرة ، يجب أن ينتقل الزوجان إلى الإيلاج المهبلي؛ مع قيام الشريكة برفع نفسها في مرحلة الإثارة الشديدة. يتم إدخال الحركة تدريجياً بمجرد تحقيق بعض السيطرة. الفشل من وقت لآخر أمر متوقّع و النجاح يتطلب بضعة أسابيع أو شهور من التدريب. من المهم أن يستمرّ الرجل في تحفيز شريكه بشكل كافٍ أثناء أو بعد هذه التمارين.

نجحت مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (مثل باروكستين ، سيرترالين) في علاج بعض حالات سرعة القذف ، على الرغم من أنّ هذا يعد حاليًا استخدامًا غير مرخّص به لهذه الأدوية في المملكة المتحدة.

تأخر القذف

تأكّد مما إذا كان فشل القذف جزئي يحدث أثناء ممارسة العادة السرية أو النوم أو أنّه فشل تام. الرّجال مّمن لديهم تأخر بالقذف يصلون إلى النشوة الجنسية لكنّها دون إنتاج القذف.

استخدام الغسول أثناء تحفيز الشريك للقضيب قد يعزز الإحساس و يزيد الإثارة. إذا فشل هذا في تحقيق القذف، يجب على الرجل في الجلسات المستقبلية أن يستمني مع قيام الشريكة بتمسيد القضيب تدريجياً في وقت مبكر خلال الجلسة حتى تتمكن من دفعه إلى القذف. متى تمّ تحقيق القذف ، يجب أن تركّز الجلسات الإضافية على الاستمناء بالقرب من مدخل المهبل مع إدخال القضيب في نقطة الإثارة العالية بالتزامن مع الدفع القوي.

مجرد ملاحظة أخيرة حول علاج "التركيز الحسي". يعتبر هذا جزءًا مهمًا ومفيدًا من تدبير المشاكل النفسية الجنسية من قبل العديد من الأطباء ومن الأفضل على الأرجح تركها لذوي الخبرة في هذا المجال. ومع ذلك، قد يتحقّق النجاح بالتأكيد بدون هذا النّهج.

المراجع

Adler MW, Edwards SG, Miller RF, Sethi G, Williams I, editors. ABC of HIV and AIDS. 6th ed. West Sussex: Wiley; 2012.

Bunker C. Male genital skin disease. London: Elsevier Saunders; 2004.

Holmes K, Sparling P, Wasserheit J, et al., editors. Sexually transmitted diseases. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2007.

Neill S, Lewis F, editors. Ridley’s the vulva. 3rd ed. Hoboken: WileyBlackwell; 2009.

Rogstad KE, editor. ABC of sexually transmitted infections. 6th ed. Chichester: Wiley; 2011.

Zenilman JM, Shahmanesh M, editors. Sexually transmitted infections: diagnosis, management and treatment. Massachusetts: Jones & Bartlett; 2011.



Australian Sexual Health Alliance (ASHA). www.sti.guidelines.org.au/.

British Association for Sexual Health and HIV (BASHH). www.bashh.org.

British Association of Dermatologists (BAD). www.bad.org.uk/healthcare-professionals/clinical-standards/clinical-guidelines.

British HIV Association (BHIVA). www.bhiva.org.

British Society for the Study of Vulval Disease (BSSVD). www.bssvd.org

Centers for Disease Control (CDC). www.cdc.gov/std/treatment/.

International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI). www.iusti.org/regions/europe/euroguidelines.

National Health Service Cervical Screening Programme. www.cancerscreening.nhs.uk/cervical/.

Vaginismus.com. www.vaginismus.com.

Vulval Pain Society. www.vulvalpainsociety.org.